



First Session
Thirty-eighth Parliament, 2004-05

Première session de la
trente-huitième législature, 2004-2005

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président :
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, May 31, 2005
Wednesday, June 1, 2005

Le mardi 31 mai 2005
Le mercredi 1^{er} juin 2005

Issue No. 16

Fascicule n° 16

Nineteenth, twentieth, twenty-first,
twenty-second meetings on:

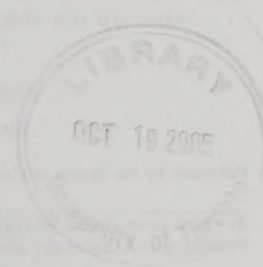
Dix-neuvième, vingtième, vingt et unième,
vingt-deuxième réunions concernant :

Mental health and mental illness

La santé mentale et la maladie mentale

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS :
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Wilbert J. Keon, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Austin, P.C. (or Rompkey, P.C.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(or Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Trenholme Counsell

*Ex officio members

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES
SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président : L'honorable Michael Kirby

Vice-président : L'honorable Wilbert J. Keon

et

Les honorables sénateurs :

* Austin, C.P. (ou Rompkey, C.P.)	Gill Johnson
Callbeck	LeBreton
Cochrane	* Kinsella
Cook	(ou Stratton)
Cordy	Pépin
Fairbairn, C.P.	Trenholme Counsell

* Membres d'office

(Quorum 4)

MINUTES OF PROCEEDINGS

WINNIPEG, Tuesday, May 31, 2005
(27)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9 a.m., this day, in the Peregrine room of the Radisson Hotel in Winnipeg, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Gill, Johnson, Keon and Pépín (4).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Alliance for Mental Illness and Mental Health in Manitoba:

Carol Hiscock, Member.

College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba:

Dawn Bollman, President;

Annette Osted, Executive Director.

Addictions Foundation of Manitoba:

John Borody, Chief Executive Officer;

Jim Robertson, Chairman of the Board.

Partnership for Consumer Empowerment:

Jason Turcotte, Canadian Mental Health Association office in Portage la Prairie.

As an individual:

Roman Marshall, Consumer, Counsellor.

Well-Connected:

Heather Dowling,

Ruth Minaker, Chairperson.

Carol Hiscock, Dawn Bollman, Annette Osted and Jim Robertson each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 10:20 a.m., the committee suspended its sitting.

At 10:29 a.m., the committee resumed its sitting.

PROCÈS-VERBAUX

WINNIPEG, le mardi 31 mai 2005
(27)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans la salle Peregrine de l'hôtel Radisson, à Winnipeg, sous la présidence de l'honorable sénateur Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Gill, Johnson, Keon et Pépín (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Alliance de la maladie mentale et de la santé mentale du Manitoba :

Carol Hiscock, membre.

Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba :

Dawn Bollman, présidente;

Annette Osted, directrice exécutive.

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances :

John Borody, chef de la direction;

Jim Robertson, président du conseil d'administration.

Partnership for Consumer Empowerment :

Jason Turcotte, Bureau de l'Association canadienne de la santé mentale à Portage-la-Prairie.

À titre personnel :

Roman Marshall, bénéficiaire, conseiller.

Well-Connected :

Heather Dowling,

Ruth Minaker, présidente.

Carol Hiscock, Dawn Bollman, Annette Osted et Jim Robertson font une déclaration et répondent aux questions.

À 10 h 20, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 29, le comité reprend ses travaux.

Jason Turcotte, Roman Marshall, Heather Dowling and Ruth Minaker each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 11:55 a.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

WINNIPEG, Tuesday, May 31, 2005
(28)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:15 p.m., this day, in the Peregrine room of the Radisson Hotel in Winnipeg, the Honourable Wilbert J. Keon, Deputy Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Gill, Johnson, Keon, Kirby and Pénin (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Assembly of Manitoba Chiefs:

Christina Keeper, Suicide Prevention Envisioning Team;
Jason Whitford, Coordinator, Youth Council;
Amanda Meawasige, Youth Council;
Kathleen MacKay, Youth Council;
Ron Evans, Chief of Norway House Cree Nation;
Norman Bone, Chief of Keeseekoowenin First Nation;
Gwen Wasicuna, Community Wellness Worker.

Christina Keeper, Jason Whitford, Amanda Meawasige and Kathleen MacKay each made a statement. Together the witnesses answered questions.

Gwen Wasicuna made a statement and answered questions.

At 2:30 p.m., the committee suspended its sitting.

At 2:40 p.m., the committee resumed its sitting.

Jason Turcotte, Roman Marshall, Heather Dowling et Ruth Minaker font une déclaration et répondent aux questions.

À 11 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

WINNIPEG, le mardi 31 mai 2005
(28)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 15, dans la salle Peregrine de l'hôtel Radisson, à Winnipeg, sous la présidence de l'honorable sénateur Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Gill, Johnson, Keon, Kirby et Pénin (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Assemblée des chefs du Manitoba :

Christina Keeper, Équipe de prévention du suicide;
Jason Whitford, coordonnateur, Conseil de la jeunesse;
Amanda Meawasige, Conseil de la jeunesse;
Kathleen MacKay, Conseil de la jeunesse;
Ron Evans, chef de la nation crie de Norway House;
Norman Bone, chef de la Première nation Keeseekoowenin;
Gwen Wasicuna, travailleuse spécialisée dans le mieux-être communautaire.

Christina Keeper, Jason Whitford, Amanda Meawasige et Kathleen MacKay font une déclaration et répondent aux questions.

Gwen Wasicuna fait une déclaration et répond aux questions.

À 14 h 30, le comité suspend ses travaux.

À 14 h 40, le comité reprend ses travaux.

Chiefs Ron Evans and Norman Bone each made a statement and together the witnesses answered questions.

At 3:40 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

WINNIPEG, Wednesday, June 1, 2005
(29)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 9:05 a.m., this day, in the Peregrine room of the Radisson Hotel in Winnipeg, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Gill, Johnson, Keon, Kirby and Pépin (5).

In attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

As an individual:

Donna Huffman.

Mental Health Services for Children, Youth & Families:

Margaret Synyshyn, Program Director.

Assembly of Manitoba Chiefs:

Irene Linklater, Research Director, Research & Policy Development Unit.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

Dr. Javier Mignone, Research Associate

Margaret Synyshyn and Donna Huffam each made a statement. Together witnesses answered questions.

At 10:21 a.m. the committee suspended its sitting.

At 10:35 a.m. the committee resumed its sitting.

Irene Linklater and Javier Mignone each made a statement and answered questions.

Les chefs Ron Evans et Norman Bone font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 40, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

WINNIPEG, le mercredi 1^{er} juin 2005
(29)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 5, dans la salle Peregrine de l'hôtel Radisson, à Winnipeg, sous la présidence de l'honorable sénateur Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Gill, Johnson, Keon, Kirby, Pépin (5).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

À titre personnel :

Donna Huffman.

Services de santé mentale pour les enfants, la jeunesse et la famille :

Margaret Synyshyn, directrice de programme.

Assemblée des chefs du Manitoba :

Irene Linklater, directrice de recherche, Unité de recherche et d'élaboration des politiques.

Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba :

Le docteur Javier Mignone, associé de recherche.

Margaret Synyshyn et Donna Huffam font une déclaration et répondent aux questions.

À 10 h 21, le comité suspend ses travaux.

À 10 h 35, le comité reprend ses travaux.

Irene Linklater et Javier Mignone font une déclaration et répondent aux questions.

At 12:06 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

WINNIPEG, Wednesday, June 1, 2005
(30)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met at 1:05 p.m., this day, in the Peregrine room of the Radisson Hotel in Winnipeg, the Honourable Michael Kirby, Chair, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Johnson, Keon, Kirby and Pêpin (4).

In Attendance: From the Library of Parliament Research Branch: Howard Chodos, Research Analyst, Political and Social Affairs Division; Tim Riordan, Analyst, Political and Social Affairs Division.

Also present: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, October 7, 2004, the committee continued its examination on the state of the health care system in Canada, in particular issues concerning mental health and mental illness. (See Issue No. 1, Wednesday, October 20, 2004, for the full text of the Order of Reference.)

WITNESSES:

Canadian Agriculture Safety Association:

Marcel Hacault, Executive Director;

Janet Smith, Manager of the Manitoba Farm and Rural Stress Line;

Kim Moffat, Counsellor, Manitoba Farm and Rural Stress Line.

Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority:

Albert Hajes, Regional Coordinator, Mental Health Programs;

Brent White, Program Manager, Residential and Support Services;

Elaine Morris, Project Mental Health Worker, Children's Medication Follow-Up Project, Brandon Mental Health Programs and Brandon School Division.

Manitoba Centre for Health Policy:

Randy Fransoo, Researcher.

Institute of Gender and Health:

Madeline Boscoe.

À 12 h 6, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

WINNIPEG, le mercredi 1^{er} juin 2005
(30)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 13 h 5, dans la salle Peregrine de l'hôtel Radisson, à Winnipeg, sous la présidence de l'honorable sénateur Keon (*vice-président*).

Membres du comité présents : Les honorables sénateurs Johnson, Keon, Kirby et Pêpin (4).

Également présents : De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement : Howard Chodos, analyste de la recherche, Division des affaires politiques et sociales; Tim Riordan, analyste, Division des affaires politiques et sociales.

Aussi présents : Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 7 octobre 2004, le comité poursuit son examen de l'état du système de santé du Canada, en particulier des questions concernant la santé mentale et la maladie mentale. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 1 du mercredi 20 octobre 2004.*)

TÉMOINS :

Association canadienne de sécurité agricole :

Marcel Hacault, directeur exécutif;

Janet Smith, gestionnaire, Manitoba Farm and Rural Stress Line;

Kim Moffat, conseillère, Manitoba Farm and Rural Stress Line.

Programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon :

Albert Hajes, coordonnateur régional, Programmes de santé mentale;

Brent White, gestionnaire de programme, Services en résidentiels et de soutien;

Elaine Morris, travailleuse spécialisée en santé mentale, Projet de suivi sur la médication des enfants, Programme de santé mentale de Brandon et de la division scolaire de Brandon.

Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba :

Randy Fransoo, chercheur.

Institut de la santé des femmes et des hommes :

Madeline Boscoe.

Laurel Centre:

Deborah Palmer, Clinical Director.

Walk-ons:

Sister Johanna Jonker;

Barbara Chatelain.

Albert Hajes, Marcel Hacault, Janet Smith and Kim Moffat each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 2:45 p.m. the committee suspended its sitting.

At 3:06 p.m. the committee resumed its sitting.

Randy Fransoo, Deborah Palmer and Madeline Boscoe each made a statement. Together the witnesses answered questions.

At 4:05 p.m. the committee heard from walk-ons.

Johanna Jonker and Barbara Chatelain each made a statement.

At 4:16 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Josée Thérien

Clerk of the Committee

Centre Laurel :

Deborah Palmer, directrice clinique.

Tribune ouverte :

Soeur Johanna Jonker;

Barbara Chatelain.

Albert Hajes, Marcel Hacault, Janet Smith et Kim Moffat font une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 45, le comité suspend ses travaux.

À 15 h 6, le comité reprend ses travaux.

Randy Fransoo, Deborah Palmer et Madeline Boscoe font une déclaration et répondent aux questions.

À 16 h 5, le comité entend les témoins de dernière minute.

Johanna Jonker et Barbara Chatelain font une déclaration.

À 16 h 16, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ :

EVIDENCE

WINNIPEG, Tuesday, May 31, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[English]

The Deputy Chairman: Honourable senators, our first witness this morning is Carol Hiscock from the Alliance for Mental Illness and Mental Health in Manitoba.

Ms. Hiscock, we would like you to make your presentation and then be available for questioning.

Ms. Carol Hiscock, Member, Alliance for Mental Illness and Mental Health in Manitoba: Thank you, Senator Keon and honourable members of this committee. I am the executive director of the Canadian Mental Health Association, Manitoba Division. I am also a member of the Alliance for Mental Illness and Mental Health in Manitoba, which I am here today to represent. Unfortunately, I am here to represent the person who was here to represent the alliance at the last meeting, who was here to represent the president or the chair who was not president. I am the second backup or the second string.

Thank you for providing the alliance with this opportunity to comment on the committee's issues and options report. We welcome the invitation to provide general comments on the work of your committee from our vantage point of the alliance in Manitoba.

The Alliance for Mental Illness and Mental Health is the provincial counterpart to the Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health, which has already made submissions to this committee. The Manitoba alliance is a coalition of 12 professional groups, addictions and mental health service centres and self-help organizations. I have provided a list of our membership, along with the mission, vision, values and principles of the alliance, in the package that we have distributed.

Most important, and of primary interest to us, in the case of the federal arena, we will want to see a national action plan created and implemented. There is no provincial plan for mental illness or health in Manitoba, and we anticipate that the federal government can show leadership to build a framework that would support each province and territory to develop their own tailor-made plans that best would meet the needs of Canadians wherever they live. This is the one major point we want to stress at this hearing. Canadians require and deserve a national action plan on mental illness and mental health.

TÉMOIGNAGES

WINNIPEG, le mardi 31 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*président suppléant*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président suppléant : Honorables sénateurs, notre premier témoin de la matinée est Carol Hiscock, de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba.

Madame Hiscock, nous aimerions que vous nous présentiez votre exposé et que, par la suite, vous répondiez à nos questions.

Mme Carol Hiscock, membre, Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba : Merci, sénateur Keon et honorables membres du comité. Je suis la directrice générale de la Division du Manitoba de l'Association canadienne pour la santé mentale. Je fais également partie de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba, que je représente aujourd'hui. Malheureusement, je suis ici pour représenter la personne qui était ici pour représenter l'Alliance à la dernière réunion, qui elle-même était ici pour représenter le président, mais qui n'était pas le président. Je suis la deuxième remplaçante, le deuxième violon.

Merci d'avoir donné à l'Alliance la possibilité de commenter le rapport Problèmes et options du comité. Nous sommes heureux que vous nous ayez invités à formuler des observations générales relativement aux travaux de votre comité, d'après le point de vue privilégié de l'Alliance au Manitoba.

L'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba est l'homologue provincial de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, qui a déjà présenté des observations au comité. L'Alliance au Manitoba est une coalition de 12 groupes professionnels, centres de service de santé mentale et de traitement de la toxicomanie et organismes d'entraide. J'ai inclus une liste de nos membres ainsi que la mission, la vision, les valeurs et les principes de l'Alliance dans le dossier que nous vous avons distribué.

Le plus important, et ce qui nous intéresse le plus, dans le cas de la scène fédérale, c'est que nous voulons qu'on crée et mette en œuvre un plan d'action national. Il n'y a pas de plan provincial relativement à la maladie ou à la santé mentale au Manitoba, et nous nous attendons à ce que le gouvernement fédéral fasse preuve de leadership pour établir un cadre qui aiderait chaque province et chaque territoire à élaborer son propre plan personnalisé afin de répondre aux besoins des Canadiens et des Canadiennes, quel que soit l'endroit où ils vivent. C'est sur ce point que nous voulons insister au cours de la présente réunion. Les Canadiens ont besoin d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale, et ils en méritent un.

Provincially speaking, recent data from the Manitoba Centre for Health Policy showed that between 1997 and 2002, more than one in four Manitobans had at least one mental illness diagnosis. During that time they used nearly half the days that people spent in our province's hospitals. Moreover, of the high number of hospital days that people used with one mental illness diagnosis, most admissions were for physical, not mental health reasons. These data impress upon all of us the huge financial and human costs of continuing without a solid national plan for mental illness and mental health.

Turning to some of the other issues listed in this committee's third report, the alliance supports the approach currently being examined within the general health care system of enhancing interdisciplinary collaborative care. We believe it is the only way to go. The initiative takes as its base the understanding that silos must be breached and that collaborative, interdisciplinary teams are the best practice model for managing health concerns.

Using a similar approach then, we recommend that your committee focus on sponsoring initiatives that employ interdisciplinary mental health care teams, as well as interdisciplinary health care teams that employ mental health.

In addition, consumers, their families, and the community at large must be included to ensure the services and programs offered are really consumer driven and approved. Adding consumers and family members as advisers or board members assists in developing broad base support for interdisciplinary programs and services, and ensures that they stay on track by having to guarantee ongoing consumer satisfaction, and family and community commitment.

Furthermore, this approach makes certain there is broad base support for any new project right off the hop. To our mind, that ensures buy-in from many different constituencies.

Thus, we recommend future federal government support be reserved for new initiatives that adopt an anti-silo approach by employing interdisciplinary teams that are overseen by consumers, their families, and community members, to ensure accountability.

Another issue of considerable interest to the alliance is early detection and intervention. In Manitoba, a number of programs and projects are under way that focus on providing evidence-based prevention programs to large numbers of people. I note from the web, your schedule for tomorrow includes presentations from representatives of some of those programs.

À l'échelle provinciale, des données recueillies récemment par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba révèlent que, de 1997 à 2002, plus de un Manitobain sur quatre souffrait d'au moins une maladie mentale qui avait été diagnostiquée. Au cours de cette période, cette proportion a compté pour près de la moitié du nombre de journées que la population a passé dans les hôpitaux de notre province. De plus, en ce qui a trait au nombre élevé de jours que les gens chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale ont passés à l'hôpital, la plupart des personnes admises à l'hôpital ont été hospitalisées pour des raisons de santé physique, et non pas de santé mentale. Ces données nous font à tous comprendre que, si nous poursuivons nos activités sans nous doter d'un solide plan national pour la maladie mentale et la santé mentale, nous nous exposons à d'énormes coûts financiers et humains.

En ce qui concerne d'autres questions énumérées dans le troisième rapport du comité, l'Alliance appuie l'approche qu'on examine actuellement dans le système de santé général, c'est-à-dire l'amélioration des soins interdisciplinaires. Selon nous, c'est la seule façon de faire. L'initiative s'appuie sur l'idée selon laquelle on doit abattre les cloisons et que les équipes coopératives interdisciplinaires constituent le meilleur modèle de gestion des problèmes relatifs à la santé.

Nous adoptons donc une approche semblable : nous recommandons à votre comité de cautionner avant tout des initiatives qui emploient des équipes interdisciplinaires en santé mentale, ainsi que les équipes interdisciplinaires de soins de santé qui font appel à des spécialistes en santé mentale.

De plus, on doit inclure les bénéficiaires, leur famille et la collectivité dans son ensemble pour s'assurer que les services et les programmes offerts sont vraiment axés sur les bénéficiaires et reçoivent leur aval. Si on permet à des bénéficiaires et à des membres de leur famille de faire office de conseiller ou de faire partie des conseils d'administration, on contribue à élargir le soutien des programmes et des services interdisciplinaires, et on s'assure qu'ils restent sur la bonne voie en exigeant qu'ils garantissent la satisfaction continue des bénéficiaires ainsi que l'engagement de la famille et de la collectivité.

En outre, grâce à cette approche, on est certain que tout nouveau projet qui pourrait survenir sera accueilli favorablement et de façon généralisée. À notre avis, on s'assurera ainsi l'approbation de bien des publics différents.

Ainsi, nous recommandons au gouvernement fédéral de réserver son appui à de nouvelles initiatives qui adoptent une approche anti-cloisonnement en faisant appel à des équipes interdisciplinaires surveillées par les bénéficiaires, leur famille et des membres de la collectivité, afin de garantir la responsabilisation.

L'Alliance s'intéresse également beaucoup au dépistage et à l'intervention précoces. Au Manitoba, un certain nombre de programmes et de projets en cours consistent à offrir des programmes de prévention fondés sur des données probantes à un grand nombre de gens. J'ai regardé dans votre site Web et j'ai remarqué que, demain, vous entendrez les témoignages de représentants de certains de ces programmes.

In terms of how the federal government should go about supporting early intervention programs, the alliance recommends that money be directed to provincial and territorial governments. I probably need not mention the initiative that Manitoba hopes to move forward with, the chronic disease-prevention initiative, which should be a relationship between the provincial government and the federal government around chronic disease prevention, which would include mental health and mental-illness-related issues.

The usual approach of the federal government to grant funds for a pilot or demonstration project is not recommended. All too frequently, these good initiatives disappear from the landscape as soon as the federal funding runs out. In a community, by the time you have buy-in and good strong family and consumer involvement, the three-year or five-year demonstration project is over and it is not continued; a really sad track record in that area.

Once again, the alliance recommends that the programs being considered need to demonstrate that they are effective and interdisciplinary, with solid consumer, family and community support, and that they focus on the prevention of illness, promotion of good mental health, and/or are recovery oriented.

Effort also needs to be made to ensure that the advisory committee is representative of the community's cultural make-up, and has members that are competent to examine services for children, youth, adults and seniors.

We are a wide province in terms of regional disparity and cultural make-up, and each of those areas needs to be considered in the program development.

Third, the federal government can do a lot to reduce the stigma of seeking help for mental health concerns. One way is to launch a public education campaign that stresses the importance of attending equally to good mental and physical health. You may have seen the CMHA mind + body fitness campaign recently that came out at the beginning of May. It is an example of what we believe is a good public education campaign to link people's thinking around mental health and physical health. We strongly recommend bringing mental health into the general lexicon for a federally sponsored campaign.

Our mission is simple. The Alliance for Mental Health and Mental Illness Manitoba has, as its mission, to facilitate and promote the establishment and implementation of a Manitoba action plan on mental illness and mental health that reflects a shared provincial vision for meeting the needs of persons with mental illness and enhancing the potential mental health of all Manitobans. Our work will be much facilitated by the success of this committee in developing and implementing a national action plan framework.

Quant à ce que le gouvernement fédéral devrait faire pour soutenir des programmes d'intervention précoce, l'Alliance recommande d'acheminer l'argent aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Je n'ai probablement pas besoin de mentionner l'initiative que le Manitoba espère mettre de l'avant, l'initiative de prévention des maladies chroniques, un lien entre le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral relativement à la prévention des maladies chroniques, et qui toucherait des problèmes de santé mentale et des maladies mentales.

L'approche habituelle qu'adopte le gouvernement fédéral, c'est-à-dire de consentir des fonds pour un projet pilote ou un projet de démonstration, n'est pas recommandée. Trop souvent, ces bonnes initiatives disparaissent de la carte dès qu'elles ne reçoivent plus de financement du gouvernement fédéral. Dans une collectivité, lorsqu'on arrive enfin à faire accepter une initiative et à obtenir la participation active de la famille et des bénéficiaires, le projet de démonstration de trois ans ou de cinq ans est terminé, et il n'est pas renouvelé; ça donne un bien triste tableau.

Encore une fois, l'Alliance recommande que l'on prouve que les programmes envisagés sont efficaces, interdisciplinaires, bénéficient d'un appui solide de la part des bénéficiaires, de la famille et de la collectivité, et mettent l'accent sur la prévention de la maladie, la promotion de la bonne santé mentale et/ou la guérison.

Il faut également déployer des efforts pour s'assurer que le comité consultatif représente la composition culturelle de la collectivité et compte des membres qui possèdent les compétences requises pour examiner les services destinés aux enfants, aux jeunes, aux adultes et aux personnes âgées.

Nous sommes une vaste province sur le plan de la disparité régionale et de la composition culturelle; lorsqu'on élaborera les programmes, il faudra tenir compte de chacun de ces facteurs.

Troisièmement, le gouvernement fédéral peut contribuer beaucoup à réduire la stigmatisation dont sont victimes les personnes qui cherchent à obtenir de l'aide pour des problèmes de santé mentale. Il pourrait entre autres lancer une campagne de sensibilisation du public dans laquelle on insisterait sur l'importance de prendre soin de sa santé mentale aussi bien que de sa santé physique. Vous avez peut-être vu la campagne de mise en forme physique et mentale que l'ACSM a lancée récemment au début du mois de mai. C'est un exemple de ce qui, selon nous, constitue une bonne campagne de sensibilisation du public et qui aide les gens à faire le lien entre santé mentale et santé physique. Nous recommandons fortement d'intégrer la santé mentale au vocabulaire général d'une campagne parrainée par le gouvernement fédéral.

Notre mission est simple. L'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba a pour mission de faciliter et de promouvoir l'établissement et la mise en œuvre d'un plan d'action manitobain sur la maladie mentale et la santé mentale qui reflète une vision provinciale partagée : répondre aux besoins des personnes aux prises avec une maladie mentale et améliorer la santé mentale de tous les Manitobains. Notre travail sera grandement facilité si le comité élabore et met en œuvre un cadre pour l'établissement d'un plan d'action national.

Thank you for your work, and we eagerly await your final report.

The Deputy Chairman: Thank you very much. Can you expand a little bit on the relationship between the provincial counterparts and the national counterparts in the organization for the Alliance of Mental Health, on a national basis? The reason for my pursuing this is, like you, I think everybody hopes to pursue some kind of national strategy, national action plan and so forth. Some of these organizations already have the infrastructure for that kind of discussion, if resources could be made available to them, and so forth.

Could you expand a little bit on how this organization works? I have had the experience in the past number of years of serving in various positions with the Heart and Stroke Foundation across the country, with all its provincial constituents and the national organization. I served on the national board and so forth, as well as the Ontario board, so I have some idea of how these organizations work, but I would like to understand how yours works.

Ms. Hiscock: Senator Keon, I have a similar experience with the Canadian Cancer Society, and what I can say is the alliance is different from both your and my volunteer experience. I would also like to acknowledge that John Borody and Annette Osted are both here, and are also members of the alliance in Manitoba. I am probably the newest member to the alliance in Manitoba, so if I inaccurately reflect a reality, I am sure they will correct me, if that is all right.

The alliance federally is the leadership of all our organizations at a national level. For the Canadian Mental Health Association, our representation is through the national office. Penny Marrett is our national executive director, or CEO. She represents CMHA across the country at the CAMIMH table or the national alliance table.

We are not as structured as the Heart and Stroke Foundation, the Canadian Cancer Society, or some of the other larger voluntary organizations that have financial support from organizations across the country. We are much more similar to something like the Health Charities Coalition of Canada, which is a fledgling, maybe three- to five-year-old organization that is taking a look at the work of the health charities across the country.

The structure is much less formal than you would see in some of the longer standing health charities.

May I ask Ms. Osted to comment?

Merci de ce que vous faites. Nous attendons impatiemment votre rapport final.

Le président suppléant : Merci beaucoup. Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la relation entre les homologues provinciaux et les homologues nationaux dans l'organisation de l'Alliance pour la santé mentale, à l'échelle nationale? Je voudrais en savoir plus parce que, comme vous, je crois que tout le monde espère mettre de l'avant une stratégie nationale, un plan d'action national et ainsi de suite. Certaines de ces organisations disposent déjà de l'infrastructure nécessaire à ce genre de discussion, si on peut leur fournir les ressources dont elles ont besoin, et ainsi de suite.

Pouvez-vous nous en dire un peu plus sur la façon dont fonctionne cette organisation? Par le passé, j'ai occupé divers postes au sein de la Fondation des maladies du cœur, à divers endroits au pays, dans toutes ses divisions provinciales, et dans l'organisation nationale. J'ai siégé au conseil d'administration nationale et ainsi de suite, ainsi qu'au conseil d'administration de l'Ontario, et j'ai donc une bonne idée de la façon dont fonctionnent ces organisations, mais j'aimerais savoir comment la vôtre fonctionne.

Mme Hiscock : Sénateur Keon, j'ai une expérience semblable au sein de la Société canadienne du cancer, et je peux vous dire que l'Alliance est différente de ce que nous avons vécu, vous et moi, en tant que bénévoles. J'aimerais également mentionner que John Borody et Annette Osted sont ici tous les deux, et qu'ils font également partie de l'Alliance au Manitoba. Comme c'est probablement moi qui ai joint le plus tard les rangs de l'Alliance au Manitoba, si je ne relate pas les faits de façon exacte, je suis certaine qu'ils me corrigeront, si ça ne vous dérange pas.

L'Alliance, sur le plan fédéral, dirige toutes nos organisations à l'échelle nationale. Nous sommes représentés à l'Association canadienne pour la santé mentale par l'entremise du bureau national. Penny Marrett est notre directrice générale nationale. Elle représente ACSM dans tous le pays, aux réunions de l'ACMMSM ou à celles de l'Alliance nationale.

Nous ne sommes pas aussi structurés que la Fondation des maladies du cœur, la Société canadienne du cancer ou d'autres grandes organisations bénévoles qui obtiennent l'aide financière d'organismes de partout au pays. Nous ressemblons davantage à une organisation comme la Coalition canadienne des organismes bénévoles en santé, qui est une organisation encore jeune, qui existe peut-être depuis trois ou cinq ans, et qui examine les travaux des organismes bénévoles en santé des quatre coins du pays.

Nous sommes beaucoup moins structurés que certains organismes bénévoles en santé qui existent depuis longtemps.

Est-ce que je peux demander à Mme Osted de formuler un commentaire?

Ms. Annette Osted, Executive Director, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba: I represent the Registered Psychiatric Nurses of Canada on the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, CAMIMH, the national body. Here in Manitoba I represent our provincial organization.

CAMIMH does not have provincial arms, if you wish. Alberta, Manitoba and I believe B.C. now have established provincial alliances on mental illness and mental health to pursue provincial action plans on mental health, though there is no formal affiliation with CAMIMH, except we share the same goals, albeit at different levels.

The Deputy Chairman: Your organizations, I assume, have enough flexibility that the provincial organizations do not have to correspond fundamentally to the action plan of the national organization?

Ms. Osted: We do not necessarily have to, but we do. Our sole purposes for existing are to align ourselves with the goals of CAMIMH, albeit at the provincial level. However, we have the same goals; we are working towards provincial action plans on mental health.

Senator Pépin: You said that you prefer there be no more pilot study, and also that the money go to provinces. Do you have any specific program or orientation where you would like to see the government involved in the province regarding mental illness? Let us say, if you have some pilot, and we said no to the pilot project, and I understand because after the two, three or five years, if there is no more money, everything dies. How would you like us to make some recommendation where that money could be applied?

Ms. Hiscock: Within the Manitoba government, within Manitoba Health, and within the Healthy Living portfolios, the mental health directorate includes mental health and addictions. I believe that portfolio would be able to spearhead some opportunities within Manitoba. Manitoba is aligned with its regional health authorities throughout the province, so they have independence in determining what their priorities would be within the health care system and their regions. Some of the problems become, what is the provincial priority and what is the regional priority and how do they line up? However, I believe it is truly by having family, consumer, and community involvement at all levels in the planning that you begin to address everything, including cross-jurisdictional issues.

Senator Pépin: We believe that if we get involved at an early age, this is the best way. We also need to keep those people in their family, and to give them a job. After that, they shall be surrounded, and so hopefully it will be accepted.

After that, you said it becomes a public education campaign. I guess we all agree that what we did with the drinking and driving campaign really sensitized many, many people. Then, we should address something like this and — I am a francophone so I am

Mme Annette Osted, directrice exécutive du Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba : Je représente l'Association des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada au sein de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, l'ACMMSM, l'organisme national. Ici, au Manitoba, je représente notre organisation provinciale.

L'ACMMSM n'a pas de divisions provinciales, si vous voulez. L'Alberta, le Manitoba et, je pense, la Colombie-Britannique, ont maintenant établi des alliances provinciales dans les domaines de la maladie mentale et de la santé mentale afin d'établir des plans d'action provinciaux sur la santé mentale, même si elles ne sont pas affiliées officiellement à l'ACMMSM, excepté que nous partageons les mêmes objectifs, quoique à différents niveaux.

Le président suppléant : Vos organisations, je présume, disposent de suffisamment de souplesse, de sorte que les organisations provinciales n'ont pas à se conformer en tous points au plan d'action de l'organisation nationale?

Mme Osted : Nous ne sommes pas nécessairement obligés, mais nous le faisons. Le seul but de notre existence est de nous aligner sur les objectifs de l'ACMMSM, bien que ce soit à l'échelle provinciale. Cependant, nous avons les mêmes objectifs; nous travaillons à des plans d'action provinciaux en santé mentale.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit que vous préféreriez qu'il n'y ait plus d'étude pilote et que l'argent soit versé aux provinces. Avez-vous une orientation ou un programme spécifique auquel vous aimeriez que le gouvernement participe dans la province, dans le domaine de la maladie mentale? Disons que vous avez un projet pilote et que nous disons « non » à ce projet pilote. J'imagine que, après deux, trois ou cinq ans, s'il n'y a plus d'argent, tout part en fumée. Quelles recommandations aimeriez-vous que nous formulions quant à l'usage de cet argent?

Mme Hiscock : Au sein du gouvernement manitobain, au sein de Santé Manitoba et au sein des portefeuilles de la Vie saine, la Direction de la santé mentale s'occupe de santé mentale et de toxicomanie. Je crois que ce portefeuille pourrait mener certaines possibilités au Manitoba. Le Manitoba s'aligne sur ses offices régionaux de la santé dans toute la province, et, par conséquent, ils ont tout le loisir de déterminer leurs priorités dans le système de santé et dans leurs régions. Mais on en arrive à se demander quelle est la priorité provinciale, quelle est la priorité régionale, et en quoi elles sont compatibles. Cependant, je pense vraiment que c'est en obtenant la participation de la famille, du bénéficiaire et de la collectivité, à tous les niveaux de la planification, qu'on commence à régler tous les problèmes, y compris les problèmes de compétence.

Le sénateur Pépin : Nous pensons que la meilleure façon de faire, c'est d'intervenir à un jeune âge. Nous devons également permettre à ces gens de rester dans leur famille, et leur donner un emploi. Après cela, ils seront entourés, et espérons que ce sera accepté.

Après ça, vous avez dit que ça devient une campagne de sensibilisation du public. J'imagine que nous sommes tous d'accord pour dire que notre campagne de sensibilisation à l'alcool au volant a vraiment sensibilisé beaucoup, beaucoup de

always trying to switch in English — the education of the public to sensitize everybody regarding the difficulty in that. When people say they have, or they know someone who has, a problem with mental health, that would then be in the open and it would be much, much easier for everybody to deal with mental illness.

Ms. Hiscock: I think there are several national campaigns that have been good. There was the work in the 1980s, towards a generation of non-smokers, and that is ongoing, another discussion. However, tobacco education and awareness is something that, through public education, has had a huge impact.

The Participaction work of the 1990s also has had a huge impact. Publicly, we know about seat-belt use with some of the advertising that has happened, provincially more than federally; public information campaigns work.

I am new to the mental health field. I have been working for CMHA for only about seven months. However, I have a longstanding history of working, particularly in Northern Manitoba, on women's issues in health care. It profoundly saddens me that mental health has the stigma that it does, when so many other diseases and conditions do not have that same stigma. That is what needs to be addressed. It needs to, excuse the vernacular, come out of the closet, and be seen as perfectly normal. Then you can address, through an education campaign, where the supports are and what kind of help is available.

Senator Pépin: You mentioned human resources in your presentation. You said the model has been developed that professionals are integrated into a large department, the accessibility of the services. You mentioned also that people who need to consult for mental health should have the same services as other people who are looking for, let us say a doctor or any other expert in medicine. Accessibility is important, and mental health services should be in every clinic.

Ms. Hiscock: Access to services in Manitoba is a huge challenge, and I am sure it is something that the Addictions Foundation of Manitoba, AFM, will reflect on as well. We are not like any other province. We have one major centre, and that is Winnipeg. Then we have a second almost-large city, Brandon, 120 miles away, but in southern Manitoba. The rest of the province is really in a have-not position in terms of access to good professional service. Either there is too much turnover in staff or the communities are so small that they are not able to attract professional staff. Access to service for Manitobans is huge. There needs to be a much better way of modeling professions in the communities out of this city.

gens. Ensuite, nous devrions nous attaquer à quelque chose comme ça et — je suis francophone, donc, j'essaie toujours de traduire en anglais — l'éducation du public pour sensibiliser tout le monde à cette difficulté. Lorsque les gens disent être aux prises avec un problème de santé mentale ou connaître quelqu'un qui a un tel problème, ce serait fait au grand jour, et ce serait beaucoup, beaucoup plus facile pour tout le monde de composer avec la maladie mentale.

Mme Hiscock : Je crois que plusieurs campagnes nationales ont porté fruit. Il y a eu la campagne, dans les années 80, qui visait la création d'une génération de non-fumeurs, et elle est toujours en cours. Cependant, l'éducation et la sensibilisation au danger du tabagisme ont eu, grâce à l'éducation du public, un impact énorme.

La campagne Participaction des années 90 a eu, elle aussi, un impact énorme. Nous, le public, nous savons comment utiliser la ceinture de sécurité grâce à certaines publicités davantage provinciales que fédérales; les campagnes d'information publique fonctionnent.

Je suis nouvelle dans le domaine de la santé mentale. Je travaille pour l'ACSM depuis seulement sept mois. Cependant, j'ai travaillé longtemps, surtout dans le nord du Manitoba, à m'occuper des problèmes auxquels la femme est confrontée dans les soins de santé. Je suis profondément attristée par le fait que la santé mentale s'assortit d'une telle stigmatisation, alors que ce n'est pas le cas de bien d'autres maladies et affections. C'est à ça que nous devons travailler. Il faut que, passez-moi l'expression, les gens sortent du placard et que la maladie mentale soit considérée comme quelque chose de parfaitement normal. Ensuite, on pourra dire, dans une campagne d'éducation, où ils peuvent obtenir de l'aide et quel genre d'aide ils peuvent obtenir.

Le sénateur Pépin : Dans votre exposé, vous avez parlé de ressources humaines. Vous avez dit qu'on a mis au point un modèle selon lequel les professionnels sont intégrés dans un grand service, et que cela accroît l'accessibilité des services. Vous avez mentionné également que les gens qui doivent consulter pour un problème de santé mentale devraient obtenir les mêmes services que d'autres personnes qui cherchent, par exemple, un médecin ou un autre spécialiste en médecine. L'accessibilité, c'est important, et on devrait offrir des services de santé mentale dans chaque clinique.

Mme Hiscock : L'accès aux services au Manitoba constitue un défi de taille. Je suis certaine que c'est quelque chose qui suscitera des commentaires de la part des représentants de la Fondation manitobaine de lutte contre l'indépendance. Nous ne sommes pas comme n'importe quelle autre province. Nous avons un centre principal, et c'est Winnipeg. Ensuite, nous avons une ville presque aussi grande, Brandon, à 120 milles de là, mais dans le sud du Manitoba. Le reste de la province est pratiquement démunie au chapitre de l'accès à de bons services professionnels. Soit le taux de roulement du personnel est trop élevé, soit les collectivités sont si petites qu'elles sont incapables d'attirer des professionnels. L'accès aux services pour les Manitobains constitue un énorme dossier. Il faut trouver une bien meilleure façon de modeler les professions dans les collectivités à l'extérieur de la ville.

Senator Pépin: Do they have the same problems with access to medication for mentally ill people? Is it all covered by medicare?

Ms. Hiscock: Yes, they are covered by medicare, or by the federal system for any of the other populations in the community.

Ms. Osted: There is still a problem. There are persons who are on medication for a mental health issue, who, if they are on social services, their medications are covered. However, if they work, then the medication is not covered. They have a choice; do not work so your medication is covered, or work so you have to pay for this expensive medication. It is a real dilemma. It is a no-win situation for the person involved.

The Deputy Chairman: Unless there are pressing questions from Senator Johnson and Senator Gill, I would like to have Ms. Osted do her presentation. We will go through one presentation at a time, allow time for a few brief questions immediately after the presentation, and then have an open panel at the end for cross-fertilization. Is that all right with you, Senator Gill and Senator Pépin?

Senator Pépin: That is okay.

Senator Johnson: I suppose we could ask them to confine them all to the end?

The Deputy Chairman: Not necessarily, but I would like a major discussion at the end of all presentations, if we could do that.

Ms. Dawn Bollman, President, College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba: Good morning, my name is Dawn Bollman and I am the president of the College of Registered Psychiatric Nurses for Manitoba, CRPNM. With me is Annette Osted, executive director of the college.

Thank you for the opportunity to address issues of mental health and mental illness with you this morning. We are delighted that this committee is addressing this most important issue, and we are also pleased that you are meeting with people across the country.

Our submission is about a dozen pages and we will not read it all, but we will highlight some of the content.

The mission statement for the College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba is to ensure safe, effective psychiatric nursing practice for the public.

We, therefore, have a legitimate concern about the discrimination against people with mental illness or emotional problems: the disparities between resource allocation for mental health issues compared to resource allocation for physical health issues; the lack of equity of mental health services between

Le sénateur Pépin : Ont-ils les mêmes problèmes pour ce qui est de l'accès aux médicaments pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale? Est-ce que tout est couvert par le régime d'assurance-maladie?

Mme Hiscock : Oui, les médicaments sont couverts par le régime d'assurance-maladie, ou par le système fédéral pour n'importe laquelle des autres populations de la collectivité.

Mme Osted : Mais il y a encore un problème. Il y a des gens qui prennent des médicaments pour un problème de santé mentale. S'ils bénéficient de services sociaux, leurs médicaments sont couverts. Cependant, s'ils travaillent, les médicaments ne sont pas couverts. Ils ont un choix à faire : ne pas travailler, et les médicaments sont couverts, ou travailler, et payer leurs médicaments, qui coûtent cher. C'est un vrai dilemme. Dans un cas comme dans l'autre, la personne touchée est perdante.

Le président suppléant :    moins que le sénateur Johnson et le sénateur Gill ne soient pressés de poser leurs questions, je demanderais à Mme Osted de nous présenter son exposé. Nous allons écouter un exposé à la fois, nous réserver du temps pour quelques courtes questions tout de suite après l'exposé, et ensuite, nous allons obtenir une discussion ouverte,    la fin, pour effectuer un remue-méninges. Est-ce que ça vous convient, sénateur Gill et sénateur Pépin?

Le sénateur Pépin : C'est parfait.

Le sénateur Johnson : J'imagine que nous pourrions leur demander de les réserver toutes pour la fin?

Le président suppléant : Pas nécessairement, mais j'aimerais qu'on amorce une discussion générale à la fin de tous les exposés, si c'est possible.

Mme Dawn Bollman, présidente, Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba : Bonjour, je m'appelle Dawn Bollman, et je suis la présidente du Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba, le CIIPAM. Je suis accompagnée d'Annette Osted, directrice exécutive du Collège.

Merci de m'avoir invitée à venir examiner avec vous, ce matin, la santé mentale et la maladie mentale. Nous sommes ravies que le comité examine cette question de la plus haute importance, et nous sommes également heureuses que vous rencontriez des gens aux quatre coins du pays.

Notre mémoire fait une dizaine de pages, et nous ne le lirons pas en entier, mais nous allons en souligner les points forts.

Le Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Manitoba a pour mission d'assurer l'exercice sûr et efficace de la profession d'infirmière ou d'infirmier psychiatrique pour le public.

Par conséquent, nous avons des préoccupations légitimes quant à la discrimination faite contre les personnes qui sont aux prises avec une maladie mentale ou des problèmes affectifs; aux disparités entre l'affectation des ressources pour les problèmes de santé mentale et l'affectation des ressources pour les problèmes

regions; the lack of comprehensive services for First Nations peoples; and the lack of prevention and mental health promotion programs.

Registered psychiatric nurses are concerned with the holistic health of individuals, groups, families and communities. Our expertise is in the area of mental and developmental health, and disorders in relation to population health.

Registered psychiatric nurses were first educated as a separate profession in Canada in 1920, and they form the largest single group of mental health professionals in Manitoba and Western Canada.

Planning for any kind of health service must include planning for the appropriate human resources to deliver the service. Throughout the health service system, we see the concern about human resources, be it registered nurses, physicians, pharmacists, and technicians, et cetera.

This concern is exacerbated in mental health, sometimes simply because of the invisibility of mental health issues. Human resources for mental health are often forgotten.

The college works in partnership with other organizations in Manitoba, through the Alliance for Mental Illness and Mental Health of Manitoba, to promote the development of a provincial action plan for mental health. We strongly support the aim of the Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health in its motion of a national action plan for mental health.

We have sent our submission and we will therefore concentrate our comments on what we believe could be included in a national action plan for mental health.

Ms. Osted: We believe that both provincial and national action plans should include a strong mental health promotion plan based on the determinants of mental health. It is evident that mental illness and mental health problems have significant social as well as physical implications. To ensure the sustainability of our health system for future generations, more emphasis must be placed on the health, including the mental health of our population.

We believe federal leadership and collaboration with and among the provinces and territories is needed in the development of a national action plan on mental health. The jurisdiction for the delivery of health services is provincial, yet it has been demonstrated in the past that federal leadership can have a significant impact. If there is federal-provincial-territorial partnership in this effort, the effectiveness can be at least tripled.

We believe that more content on mental health promotion needs to be included in the curricula for all mental health professionals. The emphasis of curricula for mental health professionals has been on the illness side. This emphasis is

de santé physique; à l'absence d'équité sur le plan des services de santé mentale entre les régions; à l'absence de services complets pour les Autochtones; et à l'absence de programmes de prévention et de promotion de la santé mentale.

Les infirmières et infirmiers psychiatriques se préoccupent de la santé holistique des personnes, des groupes, des familles et des collectivités. Notre expertise concerne la santé mentale et la santé du développement, ainsi que les troubles relatifs à la santé de la population.

Les infirmières et infirmiers psychiatriques ont commencé à être formés comme une profession distincte au Canada en 1920. Ils constituent le plus important groupe de professionnels en santé mentale au Manitoba et dans l'Ouest canadien.

La planification de quelque service de santé que ce soit doit comprendre la planification de ressources humaines appropriées pour la prestation du service. Dans tout le système de santé, nous voyons que les ressources humaines, que ce soit des infirmières et infirmiers autorisés, des médecins, des pharmaciens ou des techniciens, posent problème.

Ce problème est exacerbé en santé mentale, parfois simplement parce que les questions relatives à la santé mentale restent invisibles. On oublie souvent les ressources humaines en santé mentale.

Le Collège travaille en partenariat avec d'autres organisations au Manitoba, par l'entremise de l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba, afin de promouvoir l'élaboration d'un plan d'action provincial pour la santé mentale. Nous sommes de tout cœur avec l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale lorsqu'elle demande qu'on mette en œuvre un plan d'action national pour la santé mentale.

Nous avons envoyé notre mémoire, et c'est pourquoi nous allons axer nos commentaires sur ce qu'on pourrait inclure, selon nous, dans un plan d'action national pour la santé mentale.

Mme Osted : Nous croyons que les plans d'action provincial et national devraient comprendre un solide plan de promotion de la santé mentale fondé sur les déterminants de la santé mentale. Il est évident que la maladie mentale et les problèmes de santé mentale ont d'importantes répercussions sociales aussi bien que physiques. Pour assurer la viabilité de notre système de santé pour les générations futures, on doit mettre davantage l'accent sur la santé, y compris sur la santé mentale de notre population.

Nous pensons que le leadership fédéral et la collaboration du gouvernement canadien avec les provinces et les territoires sont nécessaires à l'élaboration d'un plan d'action national sur la santé mentale. La prestation des services de santé est une compétence provinciale, mais il a été prouvé, par le passé, que le leadership fédéral peut avoir un impact considérable. Si les administrations fédérale, provinciales et territoriales unissent leurs efforts, leur efficacité peut-être au moins triplée.

Nous estimons qu'il faut inclure plus de matière sur la promotion de la santé mentale dans les programmes d'études de tous les professionnels en santé mentale. Jusqu'ici, leur programme d'études met l'accent sur la maladie. C'est

understandable and that side must not be lost. However, more content has to be included on the promotion side. Some education programs may develop options for specialization in mental health promotion. Current mental health professionals need opportunities to learn more about what each can do in the area of promotion. That approach supports the collaborative delivery of services that Ms. Hiscock was talking about.

We believe that persons with a mental illness or mental health problem have a right to the same quality of care and service as do persons with a physical illness or problem. We, as a society, would never accept that a complex service or procedure be performed on a person with a physical illness, unless that provider was qualified to do so.

The counselling of a person with a mental illness, or one who is suicidal, is not always perceived as a complex process. It is a complex process and requires in-depth preparation. Education programs should be in place across the country to prepare mental health service providers appropriately.

We believe there is a need for inter-provincial collaboration at the master's and doctoral degree level preparation in psychiatric nursing. There is a need for advanced practice in psychiatric nursing, and there is a dearth of such programs in Canada. There is a lack of research in the front-line delivery of mental health services in Canada. There is a need for evidence-based practice. There is a need for succession planning for mental health human resources, and such programs produce teachers and researchers, both of which are needed to continue the profession.

We were talking earlier about the dearth of professionals in rural and remote areas. One thing that is happening, and we talk a little bit about it in our larger submission, is that registered psychiatric nurses are the mental health resource people in rural and remote areas. They often have consultation with psychiatrists by telephone, or else perhaps once a month when the psychiatrist flies in for a visit. We need to assist those persons to perform those services with competence and confidence.

We believe that the largest group of service providers are families, and that self-help groups are a significant support to persons with mental illness. Self-help groups have demonstrated their effectiveness in Manitoba. They are adjuncts to the mental health professionals for both patient-clients and families. Self-help groups must continue to be part of the system and spend their time assisting their members, as opposed to spending time and resources in fund-raising. Services should be devolved to them. Their individual approaches must be protected.

compréhensible, et on ne doit pas perdre cette orientation. Cependant, il faut ajouter de la matière afin d'insister sur la promotion. Certains programmes d'études peuvent offrir des options de spécialisation en promotion de la santé mentale. Les professionnels en santé mentale actuels doivent avoir la possibilité d'en apprendre davantage sur ce que chacun peut faire dans le domaine de la promotion. Cette approche soutient la prestation de services coopérative dont a parlé Mme Hiscock.

Nous croyons que les personnes qui sont aux prises avec une maladie mentale ou un problème de santé mentale ont droit à des soins et à des services d'aussi bonne qualité que ceux qui sont offerts aux personnes qui souffrent d'une maladie ou d'un problème physique. En tant que société, nous n'accepterions jamais qu'une procédure ou un service complexe soit offert à une personne qui souffre d'une maladie physique à moins que le fournisseur ait les compétences requises pour le faire.

Le counselling offert à une personne qui souffre d'une maladie mentale, ou à une personne suicidaire, n'est pas toujours perçu comme un processus complexe. C'est un processus complexe, et ça exige une préparation approfondie. Il devrait y avoir partout dans le pays des programmes d'études qui permettraient de bien préparer les fournisseurs de services de santé mentale.

Nous pensons que les provinces doivent collaborer au chapitre de la préparation des étudiants à la maîtrise et au doctorat en soins infirmiers psychiatriques. On a besoin d'infirmières et d'infirmiers psychiatriques exerçant à un niveau avancé, et il y a une pénurie de programmes de formation dans ce domaine au Canada. On n'effectue pas suffisamment de recherches sur la prestation de services de santé mentale de première ligne au Canada. La pratique doit se fonder sur des données probantes. Il faut planifier la relève des ressources humaines en santé mentale, et on a besoin de programmes de formation d'enseignants et de chercheurs pour assurer l'avenir de la profession.

Nous parlions plus tôt de la pénurie de professionnels dans les régions rurales et éloignées. Ce qui se passe, et nous en parlons un peu plus dans notre mémoire, c'est que les infirmières et infirmiers psychiatriques constituent les ressources en santé mentale dans des régions rurales et éloignées. Ils consultent souvent des psychiatres par téléphone, ou peut-être une fois par mois lorsque le psychiatre prend l'avion pour aller faire une visite. Nous devons aider ces personnes à offrir ces services avec compétence et confiance.

Nous pensons que le groupe de fournisseurs de services le plus important, ce sont les familles, et que les groupes d'entraide constituent un soutien important pour les personnes qui souffrent d'une maladie mentale. Au Manitoba, l'efficacité des groupes d'entraide est éprouvée. Ce sont des alliés des professionnels en santé mentale pour les malades et leur famille. Les groupes d'entraide doivent continuer de faire partie du système et de consacrer du temps à aider leurs membres, plutôt que d'investir temps et ressources pour la collecte de fonds. On devrait leur confier la responsabilité de dispenser les services. On doit protéger leurs approches individuelles.

We believe there must be appropriate mental health resources in elementary and secondary schools. Schools are ideal to begin promoting mental health and to identify potential problems as early as possible. It has been demonstrated that early intervention can prevent more serious problems later on in life. You will hear much more about that from Margaret Synyshyn tomorrow morning when she speaks to you about children and adolescent mental health.

We believe that better services must be provided to persons in personal care homes. I am getting older, so this one is really important to me. The changes in population in personal care homes must be met with changes to what services are delivered and how. Thirty years ago the population of personal care homes were the physically frail and elderly. Today 75 per cent to 85 per cent of the population of personal care homes are persons with cognitive disorders or mental health disorders. However, the staffing patterns, at least in Manitoba, for personal care homes have not changed for the last 30 years. I do not want to be treated that way. There is a concern that personal care homes are becoming the new warehouse for older persons with a cognitive or mental health problem.

We believe that First Nations peoples must have access to appropriate and timely mental health promotion and mental illness services. First Nations peoples are the fastest growing population in Saskatchewan and Manitoba, yet there are still federal-provincial jurisdiction issues that prevent access to mental health services. Population health issues are critical to ensure the health, including mental health, of First Nations peoples. Housing, education, recreation and employment are all issues that impact on health.

Ms. Bollman: Mental health and mental illness issues must be addressed as critical components to an overall health care system. The prevention of mental health problems and mental illnesses can have a strong impact on the cost of the delivery of health services. The effect of prevention programs and mental health promotion programs are not seen overnight. They require long-term commitment, and therefore transcend a political agenda. A national mental health action plan that addresses short-term needs while implementing programs that address long-term goals requires commitment to the welfare of the Canadian people.

Thank you very much for this opportunity to engage in this discussion with you.

The Deputy Chairman: Would senators like to address specific questions about this presentation?

Senator Pépin was a nurse and has been actively involved in every possible dimension of nursing all through her career.

Nous croyons qu'il doit y avoir des ressources en santé mentale appropriées dans les écoles élémentaires et secondaires. Les écoles constituent le milieu idéal où l'on peut commencer à promouvoir la santé mentale et cerner les problèmes potentiels le plus tôt possible. Il a été prouvé que l'intervention précoce peut prévenir l'apparition de problèmes plus graves plus tard. Vous en apprendrez beaucoup plus à ce sujet lorsque Margaret Synyshyn vous parlera demain matin de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Nous estimons qu'il faut offrir de meilleurs services aux résidents de foyers de soins personnels. Je vieillis, et donc, c'est très important pour moi. On doit s'adapter aux changements de populations dans les foyers de soins personnels en modifiant les services offerts et la façon dont on les dispense. Il y a 30 ans, les résidents des foyers de soins personnels étaient des personnes frêles et des personnes âgées. Aujourd'hui, de 75    85 p. 100 de la population des foyers de soins personnels sont des personnes qui souffrent de troubles cognitifs ou de troubles de santé mentale. Cependant, les modèles de dotation des foyers de soins personnels n'ont pas changé depuis les 30 dernières années, du moins au Manitoba. Je ne veux pas être traitée de cette façon. On craint que les foyers de soins personnels ne deviennent le nouvel entrepôt des personnes âgées qui souffrent d'un problème cognitif ou de santé mentale.

Nous pensons que les Autochtones doivent avoir accès à des programmes de promotion de la santé mentale et à des traitements de la maladie mentale appropriés et opportuns. Les Autochtones constituent la population qui croît le plus rapidement en Saskatchewan et au Manitoba. Cependant, des obstacles entre les compétences fédérales et provinciales empêchent toujours l'accès à des services de santé mentale. Les questions relatives à la santé de la population sont cruciales au moment d'assurer la santé, y compris la santé mentale, des Autochtones. Le logement, l'éducation, les loisirs et l'emploi sont tous des facteurs déterminants de la santé.

Mme Bollman : La santé mentale et la maladie mentale doivent être considérées comme des éléments cruciaux d'un système de santé global. La prévention des problèmes de santé mentale et des maladies mentales peut avoir un impact considérable sur le coût de la prestation des services de santé. L'effet des programmes de prévention et des programmes de promotion de la santé mentale ne se fait pas sentir du jour au lendemain. Ils exigent un engagement à long terme, et, par conséquent, ils transcendent le programme politique. Un plan d'action national pour la santé mentale qui répond aux besoins à court terme tout en mettant en œuvre des programmes qui visent à répondre aux objectifs à long terme exige qu'on soit déterminé à assurer le mieux-être des Canadiens et des Canadiennes.

Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de discuter de ce sujet avec vous.

Le président suppléant : Les sénateurs aimeraient-ils poser des questions précises au sujet de cet exposé?

Le sénateur Pépin a déjà été infirmière et a participé activement à tous les aspects imaginables de la profession d'infirmière tout au long de sa carrière.

Senator Pépin: I am an old one too, so when you mentioned the same quality of care and the present age of people in care homes, I did not follow you. You say there is a high percentage of persons who are in home care or something like that. Could you repeat what you said?

Ms. Osted: Yes. The Manitoba Centre for Health Policy did a major study on mental illness and mental health issues, and published their report last September. In that report they identified that up to 85 per cent of persons in personal care homes today, which is what we in Manitoba call nursing homes, where long-term care is delivered, have a cognitive problem, a mental illness, or mental illness diagnosis.

Senator Pépin: Eighty-five per cent?

Ms. Osted: Up to 85 per cent; not all personal care homes have that percentage.

Senator Pépin: You believe right now that those people are not very well looked after?

Ms. Osted: We know they get good custodial care, but there are no quality-of-life issues being addressed.

Senator Pépin: Is it because people believe they are elderly, and this is the way to look after the elderly people, or because they do not believe that they have some mental problem?

Ms. Osted: For a long time, we have had discrimination against persons who are older, and we have had discrimination against people with mental illness. You put the two of them together and it complicates the issue.

I also want to point out that I am generalizing. In some personal care homes, they are making efforts to address this issue. In Brandon, there are two personal care homes who have a registered psychiatric nurse on staff, to assist the staff to deal with, or to learn how to deal with, persons who have Alzheimer's disease, dementia or mental illnesses. That is a good start, but it is just a start. If you have one registered nurse or registered psychiatric nurse on a ward of 40 patients who have Alzheimer's or mental illness, there is restraint, and it is often chemical restraint.

Senator Pépin: There is a lot of education to do in that regard.

You also mentioned that psychiatric nurses do the work in the region, and the psychiatrist goes there once a month or something like that?

Ms. Osted: In some of the rural areas, that is what happens. In Manitoba, we have a position called community mental health worker, and in the rural areas it is mostly registered psychiatric nurses who fill those positions. They end up being the resource person to family physicians in terms of psychotropic medications,

Le sénateur Pépin : Je suis vieille, moi aussi, et donc, lorsque vous avez parlé de la qualité égale des soins et de l'âge actuel des résidents des foyers de soins, je ne vous ai pas suivi. Vous dites qu'un pourcentage élevé de gens résident dans des foyers de soins, ou quelque chose comme ça. Pouvez-vous répéter ce que vous avez dit?

Mme Osted : Oui. Le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba a effectué une grande étude sur la maladie mentale et les problèmes de santé mentale, et il a publié son rapport en septembre dernier. Dans ce rapport, il a indiqué que, aujourd'hui, jusqu'à 85 p. 100 des résidents des foyers de soins personnels, que nous appelons au Manitoba « maisons de soins infirmiers », où l'on dispense des soins de longue durée, souffrent d'un problème cognitif, d'une maladie mentale, ou ont une maladie mentale qui a été diagnostiquée.

Le sénateur Pépin : Quatre-vingt-cinq pour cent?

Mme Osted : Jusqu'à 85 p. 100; ce pourcentage n'est pas relevé dans tous les foyers de soins personnels.

Le sénateur Pépin : Présentement, vous pensez qu'on ne s'occupe pas bien de ces personnes?

Mme Osted : Nous savons qu'elles bénéficient de bons soins de garde, mais on ne s'occupe pas d'améliorer leur qualité de vie.

Le sénateur Pépin : Est-ce que c'est parce que les gens pensent qu'ils sont âgés, et que c'est de cette façon-là qu'on doit s'occuper des personnes âgées, ou parce qu'ils ne pensent pas qu'ils ont un problème de santé mentale?

Mme Osted : Pendant longtemps, les personnes âgées ont été victimes de discrimination, tout comme les personnes qui souffrent d'une maladie mentale. Si on met ces deux groupes ensemble, le problème se complique.

Je veux souligner que je généralise. Dans certains foyers de soins personnels, on fait des efforts pour régler ce problème. À Brandon, deux foyers de soins personnels disposent d'un infirmier ou d'une infirmière psychiatrique, qui aide le personnel à composer ou à apprendre à composer avec les personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer, de démence ou de maladies mentales. C'est un bon départ, mais ce n'est qu'un départ. Si vous n'avez qu'un seul infirmier autorisé ou qu'un seul infirmier psychiatrique autorisé pour un bloc de 40 patients qui souffrent de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie mentale, on doit recourir à la contention, et souvent, c'est la contention chimique.

Le sénateur Pépin : Il y a beaucoup d'éducation à faire à cet égard.

Vous avez dit que les infirmiers psychiatriques font ce travail en région, et que le psychiatre s'y rend une fois par mois, ou quelque chose comme ça?

Mme Osted : Dans certaines régions rurales, c'est ce qui arrive. Au Manitoba, nous avons un poste qui s'appelle « travailleur des services communautaires de santé mentale », et, dans les régions rurales, c'est surtout des infirmiers psychiatriques autorisés qui occupent ces postes. Ils se retrouvent à être la personne-ressource

and they work with the schools, churches and service clubs to help persons reintegrate into the community.

They are the first line of defence, if you wish. They are also direct access to the mental health services delivery system for people. People with mental health problems are referred to them by the police, schools, friends and families. People do not have to go through the family physician to have access to the registered psychiatric nurse.

Senator Johnson: What numbers are you talking about in terms of these care homes, the warehouses? What percentage of the population in a given home here in Manitoba suffers from cognitive disorders, Alzheimer's disease, or whatever?

Ms. Osted: For a long time, elderly persons with a mental illness, Alzheimer's, or dementia were admitted to the psycho-geriatric wards of mental health centres or mental hospitals. However, with the closure of those large centres, these persons are now admitted to their home, personal care homes, if you wish, so it is difficult to say what percentage there is. However, we do know that a larger portion of the physically frail elderly are staying in their homes and having more supports in their homes, and that the populations in personal care homes, therefore, are looking after more of the behavioural issues, if you wish.

We know that one in four persons in Manitoba will access mental health services. I can go only by what the Manitoba Centre for Health Policy presented. I notice they are presenting to you tomorrow, and they would have more accurate figures than I do, but they did say up to 85 per cent in some personal care homes.

The Deputy Chairman: When we come to discussion with the entire panel, one area I would like to cover is the ideal structure for the delivery of mental health services. In other words, what is the ideal type of community team and community facility, and how do they integrate with the specialists, and psychiatric medicine, psychiatric nursing, the larger institutional facilities that exist and so forth? However, we will leave that to the end, and I would like to move on to Mr. Borody, if we may.

Mr. John Borody, Chief Executive Officer, Addictions Foundation of Manitoba: Thank you, senator, and thank you for inviting us. The chairman of our board is going to give the first presentation and I will answer questions.

Mr. Jim Robertson, Chairman of the Board, Addictions Foundation of Manitoba: Good morning. We are here today representing one of the organizations in this province, whose sole mandate is dealing with those who are directly or indirectly affected by the misuse of alcohol and other drugs, as well as those

des médecins de famille en ce qui concerne les médicaments psychotropes, et ils travaillent avec les écoles, les églises et les clubs philanthropiques pour aider les personnes à réintégrer la collectivité.

Ils constituent le moyen de première intervention, si vous voulez. De plus, ils offrent aux gens un accès direct au système de prestation de services en santé mentale. Les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale sont aiguillées vers ces personnes par la police, les écoles, leurs amis et leur famille. Elles n'ont pas à passer par leur médecin de famille pour voir un infirmier psychiatrique autorisé.

Le sénateur Johnson : De combien de foyers de soins, d'entrepôts parlez-vous? Quel est le pourcentage de la population d'un foyer donné, ici, au Manitoba, qui souffre d'un trouble cognitif, de la maladie d'Alzheimer, ou de quelque maladie que ce soit?

Mme Osted : Pendant longtemps, les personnes âgées qui souffraient d'une maladie mentale, de la maladie d'Alzheimer ou de la démence étaient admises dans les unités psycho-gériatriques de centres de santé mentale ou d'hôpitaux psychiatriques. Cependant, ces grands centres ont fermé, et ces personnes reçoivent maintenant des soins chez elles, dans des foyers de soins personnels, si vous voulez, et donc, il est difficile de dire quel est le pourcentage. Toutefois, nous savons qu'un nombre plus élevé de personnes âgées en perte d'autonomie restent chez elles et ont plus de soutien à cet endroit, et que les gens des foyers de soins personnels, par conséquent, s'occupent davantage de problèmes de comportement, si vous voulez.

Nous savons que un Manitobain sur quatre accède à des services de santé mentale. Je m'appuie sur les données fournies par le Centre d'élaboration et d'évaluation de la politique des soins de santé du Manitoba. J'ai remarqué qu'il vous présentera un exposé demain, et il aura probablement des chiffres plus exacts que ceux que je peux vous donner, mais il a dit que c'est jusqu'à 85 p. 100 dans certains foyers de soins personnels.

Le président suppléant : Lorsque nous entamerons la discussion générale, l'une des choses dont j'aimerais parler, c'est la structure idéale de la prestation des services de santé mentale. Autrement dit, quel est le type idéal d'équipe communautaire et d'installation communautaire, et comment s'intègre-elle aux spécialistes, aux psychiatres, aux infirmiers psychiatriques et aux plus grands établissements qui existent, et ainsi de suite? Cependant, nous allons nous réserver cela pour la fin, et j'aimerais maintenant céder la parole à M. Borody, si vous le permettez.

M. John Borody, chef de la direction, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances : Merci, Sénateur, et merci de nous avoir invités. Le président de notre conseil d'administration va vous présenter le premier exposé, et je vais répondre aux questions.

M. Jim Robertson, président du conseil d'administration, Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances : Bonjour. Nous sommes ici aujourd'hui pour représenter l'une des organisations de notre province, qui a pour seul mandat de travailler avec les personnes qui sont touchées directement ou

who experience difficulty with gambling. For the purpose of this presentation, I am going to focus my comments on the alcohol and drug side of our operation.

When I use the term drug in this presentation, I mean the misuse of alcohol and the general use of illicit drugs, as any use of these would be deemed to be a misuse.

Over my past four years as the board chair for the Addictions Foundation of Manitoba, AFM, I have come to appreciate the complexity and diverse nature of addictions.

In the report, you highlight the importance of moving out of perceived silos and approaching addictions, in order to ensure that the delivery of services is inclusive of the needs of the clients. In essence, you would like to see a system that is efficiently run, effective in its outcomes and client centred.

We believe that the experience we share with you this morning addresses the complexity of providing services to our clients, while cognizant of the scarcity of resources. We recognize there can be an overlap in needs with clients who suffer from issues of mental health and drug misuse. In response, our organization has partnered with regional health authorities in Manitoba, who have the responsibility to deliver mental health services. We have partnered with them in the Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative, CODI, with the goal of ensuring two main objectives.

First, all clients are assessed for a co-occurring condition so they can have a care plan that meets their unique situation. Second, the client does not know specifically who is responding to their needs.

Let us not lose sight that the numbers of clients we see who exhibit co-occurring symptoms are by no means the majority portion of the work that we do in the addictions community. I will speak a little later about the CODI initiative. However, before that I would like to give you some idea as to who we are.

The AFM became a Crown corporation in 1956 through a Manitoba legislative act. AFM based their initial programs on the Alcoholics Anonymous 12-step program philosophy. Since then we have grown into an agency that sees addiction as being better explained through a more biopsychosocial model.

I am not going to take up your time going through all the programs we deliver. We recently conducted a review of our expenditures, and 57 per cent is spent on rehabilitation, 33 per cent on prevention and education, and the rest on other services.

indirectement par l'abus d'alcool et d'autres drogues, ainsi qu'avec les personnes qui ont des problèmes de jeu. Aux fins de cet exposé, je vais me concentrer sur le volet de nos activités qui porte sur l'alcool et les drogues.

Lorsque j'utiliserai le terme « drogue » dans mon exposé, j'entendrai par cela l'abus d'alcool et la consommation générale de drogues illicites, car l'usage de n'importe quelle de ces substances est considéré comme un abus.

Au cours des quatre dernières années où j'ai occupé le poste de président du conseil d'administration de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, la FMLD, j'en suis venu à comprendre la complexité et la nature diversifiée des dépendances.

Dans votre rapport, vous signalez à quel point il est important de sortir des cloisons perçues et d'examiner les dépendances pour s'assurer que la prestation des services tient compte des besoins des clients. Essentiellement, vous aimeriez que le système soit exploité de façon efficiente, donne des résultats efficaces et soit axé sur le client.

Nous estimons que l'expérience que nous partagerons avec vous ce matin vous fera comprendre que c'est une tâche complexe de dispenser des services à nos clients, étant donné la rareté des ressources. Nous reconnaissons que les besoins des clients qui souffrent de problèmes de santé mentale et de toxicomanie peuvent se chevaucher. En réaction à ce problème, notre organisation a établi des partenariats avec des offices régionaux de la santé au Manitoba, qui sont responsables de la prestation des services de santé mentale. Nous avons travaillé de concert avec eux dans le cadre de la Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders Initiative, la CODI, dans le but d'atteindre deux objectifs principaux.

Premièrement, on évalue tous les clients pour déterminer s'ils souffrent d'un trouble concomitant. Si c'est le cas, on élabore pour eux un plan de soins qui répond à leurs besoins spécifiques. Deuxièmement, le client ne sait pas précisément qui répond à ses besoins.

Ne perdons pas de vue que nos clients qui présentent des symptômes de trouble concomitant ne constituent d'aucune façon la majorité des clients avec qui nous travaillons dans le domaine de la toxicomanie. Un peu plus tard, je vais vous parler de l'initiative CODI. Cependant, avant cela, j'aimerais vous donner une idée de qui nous sommes.

En 1956, un instrument juridique du Manitoba a fait de la FMLD une société d'État. La Fondation a fondé ses premiers programmes sur la philosophie du programme en 12 étapes des Alcooliques Anonymes. Depuis, nous sommes devenus un organisme qui explique la toxicomanie beaucoup mieux par un modèle biopsychosocial.

Je ne vais pas vous faire perdre votre temps en parcourant tous les programmes que nous offrons. Récemment, nous avons examiné nos dépenses, et nous avons constaté que nous dépensons 57 p. 100 de notre budget à la réadaptation, 33 p. 100 à la prévention et à l'éducation, et le reste à d'autres services.

To give you a more in-depth look at the AFM, I have brought our business plan, which gives you the detailed, comprehensive list of our services. We are newly accredited by the Canadian Council on Health Services Accreditation.

Briefly, our mission defines our provincial mandate as, to contribute to the health and well-being of Manitobans by addressing the harm associated with addiction through education, prevention, rehabilitation and research.

We are unique in the health care field as we do not diagnose, provide treatment, or discharge patients back to their homes with care plans.

I am not just talking about semantics. Our approach is much more about teaching individuals how to live with their problem. We assess where clients are in their level of involvement with drugs, and their stage of change. We provide rehabilitative services and educational programs. We develop client-centred rehab plans on the specific client's objectives, and provide ongoing support by linking them to community services and self-help. We have just over 300 staff providing services throughout the province in 26 offices.

How do we approach addictions? There appears to be a dichotomy of opinions of who is affected by addictions. Many participants in the cross-country consultations on the National Framework for Action on Substance Use and Abuse conducted by Health Canada over the past year mentioned that there was a stigma associated with addictions, which results in this issue having a low profile politically and by members of society in general.

As with individuals with mental health issues, the profile of persons with addictions is often negative. Society's knowledge about persons with drug abuse problems is often shaped through its perceptions regarding organizations such as Alcoholics Anonymous and Narcotics Anonymous, or through the visible marginalized street population of persons with drug use issues. However, these groups represent only a fraction of the population of persons with addictions, and this presents the challenge.

In my presentation, the next section deals with some statistics, which you can read at your leisure. I would like to skip it to get to a clear dialogue on the issues.

Addictions are commonly thought of as being a harmful preoccupation with substances such as alcohol or illicit drugs. Addiction is a disorder identified by loss of control, preoccupation with disabling substances or behaviour, and continued use or involvement, despite negative consequences.

Pour vous donner une idée plus précise de la FMLD, j'ai apporté notre plan d'activités, qui vous donne la liste complète et détaillée de nos services. Nous sommes nouvellement agréés par le Conseil canadien d'agrément des services de santé.

En résumé, notre mission définit notre mandat provincial comme ceci : contribuer à la santé et au mieux-être des Manitobains en luttant contre les méfaits associés aux dépendances par l'éducation, la prévention, la réadaptation et la recherche.

Nous sommes uniques dans le domaine des soins de santé, car nous ne posons pas de diagnostic, nous ne dispensons pas de traitement, et nous ne renvoyons pas les patients chez eux avec un plan de soins.

Je ne parle pas juste de sémantique. Notre méthode consiste principalement à enseigner aux gens à vivre avec leur problème. Nous évaluons où les clients en sont dans leur dépendance envers la drogue, ainsi que l'étape du changement où ils se trouvent. Nous offrons des services de réadaptation et des programmes d'éducation. Nous élaborons des plans de réadaptation en fonction des objectifs spécifiques du client, et nous lui offrons un soutien continu en l'aiguillant vers des services communautaires et des groupes d'entraide. Nous comptons un peu plus de 300 employés qui dispensent des services dans toute la province, dans 26 bureaux.

Comment abordons-nous les dépendances? Les opinions semblent partagées quant aux personnes qui sont touchées par une dépendance. Un grand nombre de participants aux consultations pancanadiennes sur le cadre national d'intervention en matière de consommation de stupéfiants et de dépendance, menées par Santé Canada l'an dernier, ont mentionné que des stigmates sont associés aux dépendances, ce qui fait qu'on ne parle pas beaucoup de ce problème dans les milieux politiques et dans la société en général.

À l'instar des personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale, les personnes qui souffrent d'une dépendance projettent une image souvent négative. L'idée que se fait la société des personnes qui souffrent d'un problème de toxicomanie est souvent modelée par sa perception d'organisations comme les Alcooliques Anonymes et les Narcotiques Anonymes, ou des toxicomanes de la rue, qui constituent un groupe marginalisé et visible. Cependant, ces groupes ne représentent qu'une fraction de la population des personnes qui souffrent d'une dépendance, et c'est là tout le défi de la chose.

Dans mon exposé, vous trouverez dans la section suivante quelques statistiques que vous pourrez lire à votre guise. J'aimerais sauter cette section afin de vous parler clairement des problèmes qui se posent.

On pense souvent à la dépendance comme à une obsession morbide face à des substances comme l'alcool ou des drogues illicites. La dépendance est un trouble caractérisé par une perte de contrôle, une consommation obsessionnelle de substances invalidantes, un comportement obsessionnel, et la consommation ou l'implication continues, malgré des conséquences négatives.

Dependence or addiction is not caused by moral weakness or lack of self control or willpower. It is the shame and negative consequences associated with dependence that lead to a significant stigma attached to substance abuse.

I have talked about addiction versus substance abuse and I thought it would be worthwhile providing you with our interpretation of the continuum of addiction. We believe there is a misunderstanding of this phenomena that adds to the confusion of the perceived stovepipe approach that our organization clearly does not support.

Various degrees or stages of substance use commonly occur. They move from experimental substance use, through social and recreational substance use, through situational substance use, intensive substance use, which would be like bingeing, and finally the step of dependence.

Not every person who uses substances will progress through all five stages. For example, some persons experiment with substances and then stop using them completely. However, once the stages of intensive substance use and dependence have been reached, the individual will often experience negative consequences. While the decision to try drugs is voluntary, by the time the dependent stage is reached, drug use is no longer entirely voluntary and may be viewed as a chronic relapsing condition. Inter-laid within this continuum are those clients who exhibit co-occurring behaviour; in other words, those who might have been self-medicating as a result of mental health issues.

I will provide an overview of the co-occurring disorders initiative. Early in 2001, the AFM and Winnipeg Regional Health Authority, in partnership with Manitoba Health, struck a multi-agency planning committee to examine ways for improving services to people with co-occurring mental health and substance use disorder. The Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorder Planning Committee was established with joint reporting to the partnering agencies. The purpose of this committee was to develop a systems framework to address the needs of persons with co-occurring disorders, and a plan to enhance the effectiveness and efficiency of services through collaboration within existing provincial resources, joint planning for new initiatives, and recommendations for short-term and long-term actions to address issues including access, cross-training of staff, and gaps in services.

Following a review of current best practices in this area, the committee's preliminary report recommended a multi-year initiative to implement a system-wide integrated services model. The first year of the plan called for intensive system-wide cross training to be carried out under the guidance of an expert consultant.

La dépendance n'est pas causée par un manque de force morale ni de maîtrise de soi ou de volonté. C'est la honte et les conséquences négatives associées à la dépendance qui ont entraîné une stigmatisation importante de la consommation abusive.

J'ai parlé de la différence entre dépendance et consommation abusive, et j'ai pensé que ça vaudrait la peine de vous dire ce que nous pensons du continuum de la dépendance. Nous pensons qu'on ne comprend pas ce phénomène, et que cela ajoute à la confusion quant à l'approche de cloisonnement perçue que, de toute évidence, notre organisation n'appuie pas.

On voit couramment divers degrés ou divers stades de consommation. Il y a d'abord le stade de l'expérimentation, le stade de la consommation sociale et d'agrément, et ensuite la consommation situationnelle, la consommation intensive, qui est en quelque sorte la consommation excessive, et enfin, l'étape de la dépendance.

Ce ne sont pas tous les consommateurs qui passent par les cinq étapes. Par exemple, certaines personnes essaient des substances et n'en consomment plus jamais par la suite. Cependant, une fois qu'elle a atteint les stades de la consommation intensive et de la dépendance, la personne subit souvent des conséquences négatives. Même si la décision d'essayer des drogues est volontaire, une fois qu'on a atteint l'étape de la dépendance, la consommation de drogues n'est plus vraiment volontaire et peut être considérée comme une situation de rechute chronique. On retrouve entremêlés dans ce continuum les clients qui affichent un comportement concomitant; autrement dit, ceux qui peuvent s'être automédicamentés en raison de problèmes de santé mentale.

Je vais faire un survol de l'initiative sur les troubles concomitants. Au début de 2001, la FMLD et l'Office régional de la santé de Winnipeg, en partenariat avec Santé Manitoba, ont mis sur pied un comité de planification multipartite chargé d'examiner des façons d'améliorer les services offerts aux personnes qui souffrent de troubles concomitants de santé mentale et de consommation. On a établi ce comité dans le cadre d'une structure redditionnelle conjointe face aux organismes partenaires. Il avait pour objectif d'élaborer un système-cadre visant à répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles concomitants, et un plan destiné à améliorer l'efficacité et l'efficience des services par la collaboration de ressources provinciales existantes, la planification conjointe de nouvelles initiatives, et la formulation de recommandations concernant des mesures à court terme et à long terme en vue de corriger des problèmes liés à l'accès, à la formation polyvalente du personnel et aux lacunes dans les services.

Au terme d'un examen des pratiques exemplaires actuelles dans ce domaine, le comité a rédigé un rapport préliminaire dans lequel il a recommandé d'amorcer une initiative pluriannuelle visant à mettre en œuvre un modèle de services intégrés dans tout le système. Pour la première année du plan, on recommandait la prestation d'une formation polyvalente intensive dans tout le système, sous la direction d'un expert-conseil.

When sponsoring organizational partners hired the internationally acclaimed mental-health-services system-change consultant, Dr. Ken Minkoff and his associate, Dr. Christie Cline, a leadership team comprised of representatives from the three partnership organizations coordinated the implementation of this initiative. The leadership team in turn mobilized a supporting stakeholders group comprised of approximately 70 empowered representatives of key stakeholder organizations or program providers in mental health and addiction.

Following the initial consultation and training contract phase, both the leadership team and the stakeholder group oversaw and supported the development of subsequent phases of the multi-year system development plan.

A third group, comprised of approximately 30 selected leading clinicians and trainers from participating organizations or programs are being trained by the contract consultants to take on the ongoing training and consultation roles needed to support the long-term system-change objectives.

The ultimate goal was not to create one administrative structure to deal with this special need group, it was to establish one process whereby clients get the services they so desperately need. This approach has been successful and has received national recognition as being one that has truly brought addictions and mental health together for the common good of the client.

Key outcomes of the initiative to date include local consensus on the principles to guide the development of a comprehensive continuous integrated system of care for individuals with co-occurring disorders; a viable strategic plan for undertaking system-wide change to enable improved access and continuity in the availability of integrated services; a core of local trainers and consultants to champion the ongoing process of system-wide capacity-building for integrated services; and a training and consultation implementation plan that ensures that the enhancement of clinical and organizational competency reaches all programs that offer services to persons with co-occurring mental health and substance abuse disorders.

We see this as a made-in-Manitoba success, and I think we do so because it goes back to what we as Canadians value. Values are strongly held beliefs about personal and social behaviour. They play a significant role in influencing attitudes towards a variety of issues, including substance abuse and addiction.

In spite of many similarities in history, geography, and the culture of Canada with other countries, Canadian values are thought to be somewhat different from the values of others in a number of respects. When these Canadian values are applied to the area of substance abuse, this paints a picture of a kind, caring approach that focuses on education, health care, and social programs for the prevention, protection, and treatment aspects of

Lorsque les partenaires promoteurs ont embauché l'expert-conseil en modification de systèmes de services de santé mentale de renommée internationale, M. Ken Minkoff, et son associée, Mme Christie Cline, une équipe directrice composée de représentants des trois organismes partenaires a coordonné la mise en œuvre de cette initiative. L'équipe directrice a à son tour mobilisé un groupe d'intervenants composé de quelque 70 représentants habilités d'organisations intervenantes clés ou de fournisseurs de programmes en santé mentale et en traitement de la dépendance.

À la suite de la première phase contractuelle de la consultation et de la formation, l'équipe directrice et le groupe d'intervenants ont supervisé et soutenu l'élaboration de phases subséquentes du plan pluriannuel de mise au point du système.

Les experts-conseils forment un troisième groupe, composé d'environ 30 cliniciens et formateurs d'organisations ou de programmes participants triés sur le volet afin qu'ils jouent les rôles continuels de la formation et de la consultation nécessaires au soutien des objectifs à long terme de changement du système.

Le but ultime était non pas de créer une structure administrative unique pour composer avec ce groupe aux besoins spéciaux, mais d'établir un processus qui permettrait aux clients d'obtenir les services dont ils ont désespérément besoin. Cette approche a porté fruit et est reconnue dans tout le pays pour avoir réuni dépendances et santé mentale pour le bien commun des clients.

Parmi les résultats clés que l'initiative a permis d'obtenir jusqu'ici, mentionnons un consensus local relativement aux principes qui orientent la mise au point d'un vaste système de soins intégrés et continus pour les personnes qui souffrent de troubles concomitants; un plan stratégique viable concernant la modification de l'ensemble du système et visant à améliorer l'accès et la continuité de l'accès à des services intégrés; une équipe de formateurs et d'experts-conseils locaux qui fait valoir le processus continu de renforcement des capacités dans l'ensemble du système pour ce qui est des services intégrés; et un plan de mise en œuvre de la formation et des consultations qui fait en sorte que l'amélioration des compétences cliniques et organisationnelles touche tous les programmes qui offrent des services aux personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale et de troubles de consommation concomitants.

Nous considérons qu'il s'agit d'une réussite purement manitobaine, et je pense que nous le faisons parce que ça nous ramène à ce à quoi nous accordons de la valeur, nous, les Canadiens. Les valeurs sont des croyances bien ancrées au sujet du comportement personnel et social. Elles jouent un rôle important car elles influencent les attitudes à l'égard de diverses questions, notamment la consommation et la dépendance.

Même si l'histoire, la géographie et la culture du Canada ressemblent à celles d'autres pays, les valeurs canadiennes sont considérées comme étant assez différentes de celles d'autres pays, et ce, à plusieurs égards. Lorsqu'on applique les valeurs canadiennes au domaine de la toxicomanie, on obtient un tableau, une méthode de traitement qui met l'accent sur l'éducation, les soins de santé et les programmes sociaux pour

substance abuse. However, Canadian values also point to a willingness to consider the law and order approach to the supply side of substance abuse to ensure continued safety, a low crime rate, and a clean public environment.

In summary, this morning I have tried to provide you with a two-dollar tour of addictions and the link to mental health as we experience it. The field of drug abuse clearly touches many in our community and can be influenced by numerous stakeholders.

In Manitoba, the AFM is partnered with acute care, long-term care, public health, mental health, enforcement, the provincial government, and school districts, to give you an idea of the breadth of experience the field of addictions can bring to the table. We have approached the delivery of services to co-occurring clients as one of the client groups with very special needs, amongst others with equally challenging problems.

Thank you for the opportunity to speak to you this morning about this fascinating field of population health that we call addictions.

The Deputy Chairman: This brings us to an interesting point in the presentations this morning. Mr. Robertson, at the end of your presentation you referred to the fact that your initiatives are integrated with a whole host of medical, community and social services. I want to tease out from the other panelists, as we go along, how this is working in Manitoba, and what is in place in the array of facilities that are integrated with primary health care, primary care in a broader context than health, and community services. Then, as we go up the line, I want to find out what is available in specialist services for addiction and mental health, and include the specialty nursing services, in particular, psychiatric services, and of course, the institutional services for the ultimate care of these patients. Who would like to lead us and tell me a bit about it?

Perhaps, Ms. Osted, you would start, because I am interested in hearing how the current nursing services, especially the more specialized psychiatric nursing services, integrate with psychology and some of the other professional services where there seems to be difficulties with the remuneration system in most provinces and this kind of thing.

Ms. Osted: I do not know if there are any physicians in the room, aside from yourself. I think if everybody was on salary, it would be a lot easier.

The Deputy Chairman: It does not bother me. I worked for a salary my entire life.

Ms. Osted: The fee structure continues to be an issue.

les volets prévention, protection et traitement de la toxicomanie. Cependant, les valeurs canadiennes dénotent une volonté de tenir compte de l'approche de la loi et de l'ordre face à l'offre de drogues destinées aux toxicomanes, et ainsi d'assurer la sécurité continue, un taux de criminalité faible et un environnement public propre.

En résumé, ce matin, j'ai essayé de faire un tour d'horizon des dépendances et de leur relation avec la santé mentale, du moins, selon notre expérience. De toute évidence, la consommation de drogues touche beaucoup de membres de notre collectivité et peut être influencée par de nombreux intervenants.

Au Manitoba, la FMLD travaille en partenariat avec des établissements de soins actifs, de soins de longue durée, de santé publique, de santé mentale, d'exécution de la loi, le gouvernement provincial et des districts scolaires. Cela vous donne une idée de l'ampleur de l'expérience que peut mettre à profit le secteur du traitement des dépendances. Nous avons examiné la prestation de services aux clients ayant des troubles concomitants, soit l'un des groupes de clients qui ont des besoins très spéciaux, parmi d'autres groupes qui présentent des problèmes tout aussi difficiles à régler.

Merci de m'avoir donné l'occasion de venir vous parler ce matin au sujet de ce monde fascinant de la santé de la population que nous appelons le secteur des dépendances.

Le président suppléant : Cela nous amène à un point intéressant qui a été souligné dans les exposés de ce matin. Monsieur Robertson, à la fin de votre exposé, vous avez dit que vos initiatives sont intégrées à un vaste éventail de services médicaux, communautaires et sociaux. Au fil de notre discussion, je voudrais que les autres témoins nous disent comment ça se passe au Manitoba, et ce qu'on a mis en place dans l'éventail d'installations intégrées aux soins de santé primaires, aux soins primaires dans un contexte qui dépasse celui de la santé, et les services communautaires. Puis, à mesure que nous poursuivrons, je voudrais savoir quels services spécialisés sont offerts dans le domaine du traitement des dépendances et des problèmes de santé mentale, ce qui comprend les services infirmiers de spécialité, en particulier les services psychiatriques, et, bien sûr, les services en établissement, pour les soins ultimes de ces patients. Qui veut prendre les devants et m'en dire un peu à ce sujet?

Madame Osted, vous pourriez peut-être commencer, parce que je voudrais savoir comment il se fait que les services infirmiers actuels, surtout les services plus spécialisés de soins infirmiers psychiatriques, s'intègrent à la psychologie et à d'autres services professionnels, alors qu'il semble y avoir des difficultés dans le système de rémunération de la plupart des provinces, et ce genre de choses.

Mme Osted : J'ignore s'il y a des médecins dans la salle, à part vous-même. Je pense que si tout le monde était salarié, ce serait beaucoup plus facile.

Le président suppléant : Ça ne me dérange pas. J'ai travaillé toute ma vie pour un salaire.

Mme Osted : La structure des honoraires continue de poser problème.

The Deputy Chairman: I have always thought it must be a nightmare. I cannot imagine practising medicine on a fee-for-service basis. I never did it; I never had to do it.

Ms. Osted: We have family physicians now, and the demographics of family physicians are changing drastically. There are a lot more women, and both men and women who have decided they do not want to spend their lives in an office or in hospitals, that they want a personal life. Therefore, people on a fee-for-service basis have to have more volume. One colleague told me that her family physician has a sign in her office now that says, each visit is five minutes only and only one complaint will be addressed in those five minutes.

It has been demonstrated that persons with mental illness have more need for physical health services, as well as mental health services. Thank Heavens I am relatively healthy, but I usually have more than one question I want to ask my physician when I attend.

The Deputy Chairman: Can I pursue that with you? I think you are on to something enormously important. However, I think there is an even greater danger than the fact that they have to see a lot of patients to generate enough income. Even worse than that is they have to see patients with a diagnosis that has a billing number.

Ms. Osted: Yes.

The Deputy Chairman: In other words, to make ends meet, they can see the patient only with a disease that is listed in the numbers that the government will pay for. I think it is one of the areas that we have to address in the whole broad spectrum of medicine, let alone psychiatry. Forgive me for interrupting you. I wanted to have you think about that one also.

Ms. Osted: When we talk about the ideal structure, I think we have to look at certain principles. One of them is access to the right service at the right time. I believe there is much more diversity of services that we could use more effectively. Those services include using psychologists and registered psychiatric nurses, using family physicians and psychiatrists in a different way, using self-help groups to their maximum, and using the patients, clients and families themselves — giving them more support so they can do more for themselves.

I think there are a variety of different models that are being tried in various countries that we could learn from. However, if we look at primary health care, which you have talked about, and community services, one thing we encounter is discrimination against persons with a mental illness even from health care professionals. This discrimination is to the point where I have heard from primary health care staff that they do not want persons with a mental illness to attend the primary health care

Le président suppléant : J'ai toujours pensé que ce devait être un cauchemar. Je ne peux pas m'imaginer exercer la médecine suivant la formule de rémunération à l'acte. Je ne l'ai jamais fait; je n'ai jamais eu à le faire.

Mme Osted : Nous avons des médecins de famille maintenant, et les données démographiques sur les médecins de famille changent du tout au tout. Il y a beaucoup plus de femmes, ainsi que des hommes et des femmes qui ont décidé de ne pas passer leur vie dans un bureau ou dans un hôpital, qu'ils veulent une vie privée. Par conséquent, les gens qui exercent d'après la formule de rémunération à l'acte doivent augmenter leur volume. Une collègue m'a dit que, dans le cabinet de son médecin de famille, il y a un panneau sur lequel il est écrit que chaque visite ne dure que cinq minutes et que, pendant ces cinq minutes, le médecin n'examinera qu'une seule plainte.

Il a été prouvé que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale ont davantage besoin de services de santé physique et de services de santé mentale que les autres. Grâce au ciel, je suis relativement en bonne santé, mais habituellement, j'ai plusieurs questions à poser à mon médecin lorsque je vais le consulter.

Le président suppléant : Est-ce je peux poursuivre dans cette voie? Je crois que vous avez mis le doigt sur quelque chose d'énormément important. Toutefois, je pense qu'il y a quelque chose d'encore plus dangereux que le fait qu'ils aient à voir beaucoup de patients pour faire suffisamment d'argent. Ce qui est encore pire, c'est qu'ils doivent voir des patients dont le diagnostic correspond à un numéro de facturation.

Mme Osted : Oui.

Le président suppléant : Autrement dit, pour joindre les deux bouts, ils peuvent voir seulement les patients qui souffrent d'une maladie qui correspond à un numéro dans la liste des diagnostics pour lesquels le gouvernement paie la consultation. Je crois que c'est l'un des domaines que nous devons examiner dans tout le spectre de la médecine, sans parler de la psychiatrie. Pardonnez-moi de vous avoir interrompue. Je voulais savoir ce que vous pensiez de cette question également.

Mme Osted : Lorsqu'on parle de la structure idéale, je crois qu'on doit examiner certains principes. L'un d'entre eux est l'accès au bon service au bon moment. Je crois qu'on pourrait utiliser plus efficacement une très grande diversité de services. Ces services comprennent les services des psychologues et des infirmiers psychiatriques autorisés, le recours, d'une façon différente, aux médecins de famille et aux psychiatres, l'utilisation maximale des groupes d'entraide, et l'utilisation des patients, des clients et des familles à proprement parler — il faudrait les soutenir davantage pour qu'ils puissent en faire plus pour eux-mêmes.

Je crois que nous pourrions tirer des leçons de divers modèles qui sont mis à l'essai dans divers pays. Cependant, si nous examinons les soins de santé primaires, dont vous avez parlé, et les services communautaires, on se bute à la discrimination faite contre les personnes qui souffrent d'une maladie mentale, même de la part des professionnels de la santé. Cette discrimination est telle que j'ai entendu de la bouche d'employés de soins de santé primaires qu'ils ne veulent pas que des gens qui souffrent d'une

clinics, because then other people would not come. It sometimes feels that we are fighting a losing battle, and we have to get on top of it.

The concept of primary health care holds promise for persons with mental health issues, as well as persons with physical health issues. There is more access and there is more diversity of health service providers. However, there is still not an integration of mental health services, real mental health service for people who have real mental health problems, in the primary health care system. I am sure this is happening not just in Manitoba.

We have examples of successes. We are fortunate in some ways, in Manitoba. We have some good services that are not in evidence in other areas, such as mobile crisis stabilization units, where people can go who may not need hospitalization, but need a safe place. Those have been very successful and continue to be.

We have the sort of community treatment program that is indeed a collaborative care model, where consumers of mental health services, professionals, and allied health service providers work together to assist people towards recovery and maximum participation in their community. The primary health care concept holds promise, but it is not there yet.

I do not know if that answers some of your questions.

The Deputy Chairman: I think that is universal, it is not just Manitoba.

Ms. Hiscock, you mentioned there is quite a gradient in the level of care between the small communities and metropolitan communities.

Ms. Hiscock: This is a complex question, and if there was an easy answer, everybody would have figured it out years ago. We cannot forget who should be at the centre — the consumer or the patient, whatever language we want to use — and we need to design programs that meet individual needs in a way that is collective, rather than how can we align together the services that we can already describe.

I think services are adequate in terms of what is good enough. Then as well, how much of that service is available? Do we have enough beds? Do we have enough community service support systems? Do we have proper access throughout the province? Then, are we aligning services in the best fashion possible, and in a fashion that is accountable to consumers and their families, so we have a much better, more rounded picture of what things look like?

I find your question provocative in terms of what is the right framework. I think the framework itself is so complex because it should be individually driven.

maladie mentale se présentent dans les cliniques de soins de santé primaires, parce que, alors, les autres gens ne viendront pas. Parfois, j'ai l'impression que nous livrons un combat perdu d'avance, et que nous devons prendre le dessus.

Le concept des soins de santé primaires est prometteur pour les personnes qui sont aux prises avec des problèmes de santé mentale, ainsi que pour celles qui souffrent de problèmes de santé physique. Les fournisseurs de services de santé sont plus accessibles et plus diversifiés. Toutefois, les services de santé mentale, les véritables services de santé mentale destinés aux personnes qui ont de vrais problèmes de santé mentale, ne sont toujours pas intégrés au système de soins de santé primaires. Je suis certaine que ce n'est pas le cas seulement au Manitoba.

Nous avons des exemples de réussites. Au Manitoba, nous sommes chanceux d'une certaine façon. Nous avons de bons services qui ne vont pas de soi dans d'autres régions, comme les unités de stabilisation mobiles en cas d'urgence, où les gens qui n'ont pas besoin d'être hospitalisés, mais qui ont besoin d'un refuge, peuvent aller. Ces services ont été très fructueux et continuent de l'être.

Nous avons un genre de programme de traitement communautaire qui, en fait, est un modèle de soins coopératifs, dans lequel les bénéficiaires de services de santé mentale, les professionnels et les fournisseurs de services de santé connexes travaillent ensemble à aider les gens à guérir et à participer pleinement à leur collectivité. Le concept de soins de santé primaires est prometteur, mais il n'est pas encore une réalité.

Je ne sais pas si cela répond à certaines de vos questions.

Le président suppléant : Je crois que c'est universel, ce n'est pas juste au Manitoba.

Madame Hiscock, vous avez dit qu'il y a un clivage important entre le niveau de soins offerts dans les petites collectivités et le niveau des soins dispensés dans les métropoles.

Mme Hiscock : C'est une question complexe, et s'il y avait une réponse facile, tout le monde l'aurait trouvée il y a des années. Nous ne saurions oublier qui est au centre de notre système — le bénéficiaire, ou le patient, quelle que soit la terminologie qu'on veut employer —, et nous devons concevoir des programmes qui répondent aux besoins de chaque personne, mais d'une façon collective, plutôt que d'essayer de trouver une façon d'harmoniser les services que nous pouvons déjà décrire.

Je crois que les services sont adéquats sur le plan de la qualité. Mais il faut aussi savoir dans quelle mesure ce service est accessible. Avons-nous suffisamment de lits? Avons-nous suffisamment de systèmes de soutien en services communautaires? L'accès est-il approprié dans toute la province? Ensuite, harmonisons-nous les services de la meilleure façon possible, et d'une façon qui permet de rendre des comptes aux bénéficiaires et à leur famille, afin qu'ils aient une bien meilleure idée de ce qui se passe?

Je trouve que votre question suscite la réflexion quant à ce que devrait être le cadre idoine. Je pense que le cadre, à proprement parler, est extrêmement complexe, parce qu'il devrait être axé sur chaque personne.

Mr. Borody: I would like to make a couple of comments, and I will fall back on past experience in my career. I used to be a CEO of a regional health authority, so I have had responsibility as director for mental health, as well as looking after acute care services.

You bring up something that is chronic, even in the CODI initiative. We all know we have limited resources. When we look at clients with addictions and/or mental health, we are dealing right now with those with very low needs. That is because that is all we have the resources for. We know they are time consuming. We know those with high needs can consume a lot more resources, so the challenge we all have as a society, as a system, and as government is, how do we develop systems that give equal access? Right now we do not have it.

With the CODI initiative, the clients we are currently dealing with are at the low level. These are clients that we know we can maximize the amount of people we can put through with the amount of money that we have.

In our case we are lucky, not unlike your experience, in that most of our physicians are salaried, so there is not that pressure to pump through a whole bunch of people to make that income. We take that away from them. What we try and do, as Ms. Hiscock mentioned, is focus on the needs of the client, so the physician who spends time with the individual is not pressured to pump through ten people today to make that money. Physicians are dealing with the needs of the client, and hopefully spending a lot more time.

That will be an ongoing challenge with this system; recognizing there is not enough money to do all the things we want to do. We need to focus our efforts and better define what the health care system is. The mental health and addictions are caught up in that challenge as well.

Senator Gill: I would like to exchange some observations concerning Aboriginal people. I am from an Indian reserve in Quebec. I have been in Winnipeg in the 1960s, I have been here in the 1970s, I have been here today, and my wife is with me. I used to see people with alcohol and drug problems, and things like that. However, it is something that I did not see in Winnipeg. Last night, I was even reluctant to go out myself, because people were asking for all kind of things. Since we know the situation a bit of the Aboriginal people, we are always inclined to give something to the people, and we know the situation. I know also that 2 per cent of the total population are Aboriginal in the country. Here in Manitoba, maybe I am wrong there, around 4 per cent or 5 per cent are Aboriginal but around 70 per cent of the population in jail are Aboriginal.

M. Borody : J'aimerais formuler quelques commentaires, et je vais devoir puiser dans mon expérience professionnelle. Comme j'ai déjà été chef de la direction d'un office régional de la santé, j'ai déjà assumé les responsabilités de directeur d'un service de santé mentale, et je me suis occupé des services de soins actifs.

Vous soulevez un problème chronique, même dans le cadre de l'initiative CODI. Nous savons tous que nos ressources sont limitées. Lorsqu'on regarde les bénéficiaires qui souffrent d'une dépendance ou d'un problème de santé mentale, on constate qu'on s'occupe actuellement de ceux qui ont très peu de besoins. C'est parce que c'est le plus que nous pouvons faire avec les ressources dont nous disposons. Nous savons qu'ils nous demandent beaucoup de notre temps. Nous savons que les bénéficiaires qui ont de grands besoins peuvent consommer beaucoup plus de ressources, et donc, le défi que nous devons tous relever en tant que société, en tant que système, et en tant que gouvernement, c'est de déterminer comment nous pouvons élaborer des systèmes auxquels tous ont également accès. Actuellement, nous n'en sommes pas là.

Dans le cadre de l'initiative CODI, les bénéficiaires dont nous nous occupons actuellement n'ont pas de grands besoins. Grâce à ces bénéficiaires, nous savons que nous pouvons maximiser le nombre de personnes que nous pouvons traiter avec l'argent dont nous disposons.

Dans notre cas, nous sommes chanceux, mais nous ne sommes pas différents de vous, en ce sens que la plupart de nos médecins sont salariés. Donc, ils ne sont pas obligés de passer tout un lot de personnes pour faire de l'argent. Nous leur enlevons ce fardeau. Ce que nous essayons de faire, et ce que nous faisons, comme Mme Hiscock l'a mentionné, c'est de mettre l'accent sur les besoins du bénéficiaire, afin que le médecin qui passe du temps avec lui ne se sente pas obligé de passer dix personnes dans la journée pour faire de l'argent. Les médecins essaient de satisfaire aux besoins des bénéficiaires, et, espérons-le, de passer beaucoup plus de temps avec eux.

Ce sera toujours ça, le problème, avec ce système; on doit reconnaître qu'il n'y a pas assez d'argent pour faire tout ce que nous voulons faire. Nous devons concentrer nos efforts et mieux définir le système de santé. La santé mentale et les dépendances n'échappent pas à ce problème.

Le sénateur Gill : J'aimerais vous faire part de certaines observations concernant les Autochtones. Je viens d'une réserve indienne au Québec. J'ai vécu à Winnipeg pendant les années 60, j'ai vécu ici pendant les années 70, et je vis ici aujourd'hui, et ma femme est avec moi. J'ai vu des gens aux prises avec des problèmes d'alcool et de drogues, et des choses comme ça. Toutefois, c'est quelque chose que je n'ai pas vu à Winnipeg. Hier soir, j'hésitais même à sortir tout seul, parce que les gens demandent toutes sortes de choses. Comme nous connaissons un peu la situation des Autochtones, nous sommes toujours enclins à leur donner quelque chose, et nous savons ce qui se passe. Je sais aussi que 2 p. 100 de la population totale du pays sont des Autochtones. Ici, au Manitoba, peut-être que je me trompe, mais environ 4 ou 5 p. 100 sont autochtones, mais environ 70 p. 100 de la population carcérale sont des Autochtones.

You were talking about alcohol, drugs, and things like that, and they are a real problem. I hope Aboriginal representatives are coming to us to exchange with them. I would like your perception, because it seems to me that the situation is getting worse and worse all of the time. I am so close to the Aboriginal people, and I am myself Aboriginal. This is my perception. I know that lots of people are working on that and trying to do their best, but what can we do about that?

The Deputy Chairman: Before you go on, Senator Gill, I would like to point out to the panel that this afternoon we will have representatives from the Assembly of Manitoba Chiefs, Norway House and others. If any of you would like to stay and participate in any way you could, you would be welcome, but please respond to Senator Gill now.

Senator Gill: I would like a non-Native perception. This afternoon you mentioned we will have an Aboriginal one.

Mr. Borody: Representing an organization that deals a lot with First Nations people, our program is designed to welcome First Nations people, but there is also a recognition that there is another group in the city of Winnipeg that actually deals with services directly for them. We provide programming that is culturally sensitive, but we do not provide cultural programs. We do not provide sweats and smudging.

We have found, though, that a certain segment of the population of First Nations wants to come to our group and not the other group, and that is fine.

To give you an idea, about 60 per cent of our northern clients are First Nations directly from reserve. About 75 per cent of our youth programs are First Nations, and about 30 per cent of our clients in Winnipeg are First Nations. There is a bit of differentiation depending on the office.

Overall, they are a well represented group, which is the bad news, in the sense that a lot of our clients come from that area. However, not surprising, what makes up our clients? Usually our clients are low income and low education, whether the problem is gambling, alcohol, or drugs, so it is not surprising that we would see them as a group.

The real sadness is, as you walk around downtown, even now at this time of the day, you would see an overrepresentation of First Nations people who appear to be under the influence, and I am not saying they are or are not. That is a group we do not see. We have minimum contact with that group. Part of that has to do with the whole political arena around First Nations. We work with First Nations people; we do not necessarily work in designing programs because that political element comes into it. First Nations communities see federal government, provincial government, and themselves as a government. That stance makes it very difficult for us to talk to them in any health care service. I am speaking on all my experience in acute-care and long-term-care mental health; there is no difference. A real line

Vous parliez de l'alcool, des drogues, et de choses comme ça, et cela constitue un véritable problème. J'espère que des représentants des Autochtones vont venir nous voir pour échanger avec nous. J'aime bien votre façon de voir les choses, parce qu'il me semble que la situation s'aggrave tout le temps. Je suis si près des Autochtones, et j'en suis un moi-même. C'est ma perception des choses. Je sais que beaucoup de gens y travaillent et essaient de faire de leur mieux, mais qu'est-ce qu'on peut y faire?

Le président suppléant : Avant que vous ne poursuiviez, sénateur Gill, j'aimerais signaler aux témoins que, cet après-midi, nous allons avoir des représentants de l'Assemblée of Manitoba Chiefs, de Norway House, et d'autres personnes. Si vous voulez rester et participer de quelque façon que ce soit, vous pouvez le faire, vous serez les bienvenus, mais veuillez répondre au sénateur Gill maintenant.

Le sénateur Gill : J'aimerais connaître le point de vue d'un non-Autochtone. Vous avez dit que, cet après-midi, il y aura un témoin autochtone.

M. Borody : Je représente une organisation qui travaille beaucoup auprès des Autochtones. Notre programme est conçu pour accueillir les Autochtones, mais on reconnaît aussi qu'un autre groupe de la Ville de Winnipeg leur offre directement des services. Nous offrons des programmes qui tiennent compte de la culture, mais nous n'offrons pas de programmes culturels. Nous ne fournissons pas de sueries ni de séances de purification.

Nous avons découvert, cependant, qu'un segment de la population autochtone s'intéresse à notre groupe et pas à l'autre, et c'est parfait ainsi.

Pour vous donner une idée, je vous dirai qu'environ 60 p. 100 de nos clients du Nord sont des Autochtones qui viennent directement des réserves. Environ 75 p. 100 des gens qui participent à nos programmes jeunesse sont des Autochtones, et environ 30 p. 100 de nos clients à Winnipeg sont des Autochtones. Cela varie quelque peu d'un bureau à l'autre.

Dans l'ensemble, ce groupe est bien représenté, ce qui n'est pas une bonne chose, car beaucoup de nos clients viennent de cette région. Cependant, ce n'est pas étonnant. Qui sont nos clients? Habituellement, ce sont des gens à faible revenu et peu scolarisés qui ont un problème de jeu, d'alcool ou de drogues. Donc, il n'est pas étonnant que nous les considérions comme un groupe.

Ce qui est vraiment triste, c'est que, si vous allez marcher au centre-ville, même à cette heure du jour, que vous verrez une surreprésentation d'Autochtones qui semblent être sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue, et je ne dis pas qu'ils le sont ou qu'ils ne le sont pas. C'est un groupe que nous ne voyons pas. Nous avons très peu de contacts avec ce groupe. Cela est en partie attribuable au milieu politique qui entoure les Autochtones. Nous travaillons avec des Autochtones; nous ne travaillons pas nécessairement à concevoir des programmes parce que cet élément politique entre en jeu. Les collectivités des Premières nations considèrent le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et se considèrent elles-mêmes comme un gouvernement. Par conséquent, il est très difficile pour nous de leur parler dans le

is drawn in the sand when you start talking about services, responsibility, funding, and accountability. It has made it really awkward.

We have tried to provide services to the clients as best we can, even with that barrier. We are there, but a whole group of people walking around this community have minimal service.

Senator Gill: You talk about the jurisdiction; you know that this is a federal jurisdiction. In Quebec, the provincial government gives services to people who need the services, including Aboriginal people. I am not saying they do not receive money from the federal government.

Ms. Osted: This happens here too, especially off reserve.

Senator Gill: I am talking also about on reserve. Those people who have been on reserve receive services from the hospital, from the medical world, from doctors and things like that, and I know the bill has been paid by the federal government. This is not the case here.

Ms. Bollman: There is a system in which the federal government is billed for people with status. Yes, the federal government pays, so there is a billing process. However, there are difficulties in getting persons such as registered psychiatric nurses to provide care because it is a federal system.

The Deputy Chairman: We are not recognized federally, so how can we be hired to provide services? There are those jurisdictional issues.

Senator Gill: There is no agreement between the provincial and federal government for services for the Aboriginal people?

Ms. Bollman: Yes.

Senator Gill: There is an agreement?

Ms. Bollman: To my knowledge there is, yes.

Ms. Hiscock: If I could add to that, to my understanding there is not a formal agreement in terms of providing provincially funded services on reserve. An initiative in Northern Manitoba, the Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute, NAPHWI, is federally funded as a pilot project for two to three years, or whatever we have left of it. I hope they made a presentation in writing. I did not see them on the speakers list. That initiative was born as a result of the frustration all service providers, as well as funders, felt in dealing with the cross jurisdictional issues of who can go where.

cadre d'un quelconque service de soins de santé. Je vous dis tout ça en me fondant sur mon expérience en santé mentale dans les soins actifs et les soins de longue durée; il n'y a aucune différence entre les deux. Mais lorsqu'on commence à parler de services, de responsabilité, de financement et de responsabilisation, on trace une véritable ligne dans le sable. Ça a rendu la situation vraiment bizarre.

Nous avons essayé de dispenser des services du mieux que nous pouvons, même avec cet obstacle. Nous sommes là, mais tout un groupe de personnes qui se promènent dans la collectivité obtiennent des services minimaux.

Le sénateur Gill : Vous parlez de la compétence; vous savez que c'est une question de compétence fédérale. Au Québec, le gouvernement provincial dispense des services aux personnes qui en ont besoin, y compris les Autochtones. Je ne dis pas qu'il ne reçoit pas d'argent du gouvernement fédéral.

Mme Osted : C'est également le cas ici, surtout à l'extérieur des réserves.

Le sénateur Gill : Je parle aussi des réserves. Les personnes qui vivent dans les réserves reçoivent des services de l'hôpital, du monde médical, de médecins et de choses comme ça, et je sais que c'est le gouvernement fédéral qui paie la note. Ce n'est pas le cas ici.

Mme Bollman : Il y a un système dans lequel on facture le gouvernement fédéral pour les services offerts aux personnes inscrites. Oui, le gouvernement fédéral paie, et donc, il y a un processus de facturation. Cependant, il est difficile de faire appel à des personnes comme des infirmiers psychiatriques autorisés pour offrir des soins, parce qu'il s'agit d'un système fédéral.

Le président suppléant : Nous ne sommes pas reconnus au gouvernement fédéral. Donc, comment pouvons-nous être embauchés pour dispenser des services? Il y a toutes ces querelles de compétence.

Le sénateur Gill : Le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial n'ont-ils pas conclu d'entente concernant les services aux Autochtones?

Mme Bollman : Oui.

Le sénateur Gill : Ils ont conclu un accord?

Mme Bollman : À ma connaissance, oui.

Mme Hiscock : Si je peux ajouter quelque chose, à ma connaissance, ils n'ont pas conclu d'entente officielle quant à la prestation de services financés par le gouvernement fédéral dans les réserves. Une initiative dans le Nord du Manitoba, le Northern and Aboriginal Population Health and Wellness Institute, le NAPHWI, est financée par le gouvernement fédéral en tant que projet pilote pour deux à trois ans, ou pour le nombre d'années qu'il reste. J'espère que ses responsables ont rédigé un exposé. Je ne les vois pas dans la liste des conférenciers. Cette initiative est née de la frustration que tous les fournisseurs de services, et que les bailleurs de fonds ressentaient à l'égard des questions de compétence.

You have a suicide cluster happening in a small community that is remote, isolated and a reserve, and the expertise in the region is not able to go in. This project, NAPHWI, was designed to come up with successful models that could be implemented elsewhere around service delivery in communities that are remote. In Manitoba, it is a huge problem.

Also, I wanted to speak to some of Mr. Borody's comments around the root causes of homelessness, helplessness or poverty, and what that leads to. This is where we believe it is so important to do public education, a health promotion program around mental health; to begin at a young age to have people appreciate the importance of employment, education, family supports and community in their lives so they are healthier mentally.

Senator Johnson: I think you are all doing fantastic work. I have been working in women's health issues for over 25 years. My dad before me was Minister of Health and involved in this area as well, in the 1960s. We could have a perfect world in terms of mental health issues, but we still have stigma. I have found that situation in my work, especially with women dealing with depressive issues, which is increasing so much during our society. We will not get into that whole side of it.

I do not know if you have any answers. I know this committee is concerned about that, but as I say, even in a perfect world, after all the work I have seen and done and has been done in the main in terms of communicating, mental illness is still not looked upon, for example, like diabetes, like this is a disease that is treatable. It is still in the closet. It does not matter who I know, they are all still hiding in their problem.

To even get a handle on the issue, be it Aboriginal, women or the general population, treatment should start sometimes with children. The latest research shows that depression is a genetic issue, and physical. In all the work you do, are you finding this? I am sure you are, but have you come up with anything else that we can do? I know this committee will be thinking of that. I have not been on it all the time, but I have worked in this field a long time with people.

Ms. Hiscock: One expert, Madeline Boscoe from the Women's Health Clinic here in Winnipeg, is speaking tomorrow afternoon, I believe. Their work on gender and mental health issues I think will perhaps be very informative.

Senator Johnson: It is not gender; I am talking about the whole attitude towards mental health.

Ms. Hiscock: The stigma, yes.

Senator Johnson: It is the biggest issue we face.

Un certain nombre de personnes se suicident dans une petite réserve éloignée et isolée. Les experts dans la région sont incapables de s'y rendre. Ce projet, le NAPHWI, a été conçu pour proposer des modèles fructueux que l'on peut appliquer ailleurs pour dispenser des services dans les collectivités éloignées. Au Manitoba, c'est un énorme problème.

Aussi, je voulais réagir à certains commentaires de M. Borody au sujet des causes de l'itinérance, de la détresse ou de la pauvreté, et de ce à quoi ça peut mener. C'est là où, selon nous, il devient très important d'éduquer le public, de lancer un programme de promotion de la santé relativement à la santé mentale; c'est dès leur plus jeune âge que les gens doivent commencer à comprendre l'importance de l'emploi, de l'éducation, des soutiens familiaux et de la collectivité dans leur vie afin qu'ils aient une meilleure santé mentale.

Le sénateur Johnson : Je pense que vous faites tous de l'excellent travail. J'ai travaillé dans le domaine de la santé des femmes pendant plus de 25 ans. Dans les années 60, mon père a été ministre de la Santé et a lui aussi œuvré dans ce domaine. Nous pourrions vivre dans un monde parfait au chapitre de la santé mentale, mais nous sommes toujours pris avec la stigmatisation. C'est ce que j'ai vu dans mon travail, surtout chez les femmes qui sont en dépression, situation qui est de plus en plus répandue dans notre société. Mais nous n'allons pas nous attarder à ce problème.

J'ignore si vous avez des solutions à ces problèmes. Je sais que le comité s'y intéresse, mais comme je vous le dis, même dans un monde parfait, après tout le travail que j'ai vu et que j'ai accompli et qui a été effectué en général au chapitre de la communication, on ne s'occupe toujours pas de la maladie mentale, par exemple, comme on s'occupe du diabète, étant donné que c'est une maladie que l'on peut traiter. C'est encore caché. Peu importe qui je connais, tout le monde reste avec son problème et se terre.

Ne serait-ce que pour appréhender le problème, qu'il touche les Autochtones, les femmes ou le grand public, il faudrait parfois commencer à traiter des enfants. Les études les plus récentes révèlent que la dépression est un problème génétique, et physique. Dans tout ce que vous faites, l'avez-vous vu? Je suis certaine que oui, mais avez-vous proposé une autre solution? Je sais que le comité y réfléchira. Je n'y ai pas réfléchi tout le temps, mais j'ai travaillé dans ce domaine pendant longtemps.

Mme Hiscock : Une spécialiste, Madeline Boscoe, de la Women's Health Clinic, ici, à Winnipeg, va venir nous parler demain après-midi, je crois. Ses travaux sur les différences entre les hommes et les femmes et la santé mentale, je crois, seront peut-être très instructifs.

Le sénateur Johnson : Ce n'est pas une question de différence entre les hommes et les femmes; je parle de l'attitude générale face à la santé mentale.

Mme Hiscock : La stigmatisation, oui.

Le sénateur Johnson : C'est le plus gros problème auquel nous sommes confrontés.

Ms. Osted: It is true. Schools are a good place to start. We learn a lot of our values from the school environment. Both at the provincial and national levels through CAMIMH and AMIMH here, we have tried to have mental health included on the overall public health agenda. Once it is perceived that way by policy makers — politicians — as well as bureaucrats and health care professionals, then we can start instilling some of those values in the public at large.

Also, for example, Dr. Carolyn Bennett, Minister of State, Public Health, was in Manitoba and jointly, with Minister Teresa Oswald, the Minister for Healthy Living in Manitoba, made an announcement about a physical health program for children. Why was mental health not included? We start by demonstrating our beliefs, and if we demonstrate them long enough, then people will start understanding them. It is more than words; it has to be actions.

Ms. Hiscock: When we talk about silos internally within the health care system, we talk about silos externally. It is often difficult to get what are healthy mental health issues into the school systems at this time, because their curricula are already finitely prepared. Also, we need to address the silos of other jurisdictions.

Senator Pépin: I think you said, and I want to be sure I understood, that there is a probable link between mental health and substance abuse. Do you see a link between the two?

Mr. Borody: We do ongoing assessments on our clients that go into our residential programs. About 35 per cent have an active mental health issue; they have already been diagnosed with mental health issues of depression, schizophrenia or something, so yes, there is a definite link for about 30 per cent of our residential clients. That is not so for other programs. That is why this program was set up.

Senator Pépin: Madame Osted, do you have any Aboriginal nurses; psychiatric nurses or not?

Ms. Osted: Yes we do, though we cannot give you numbers because it is a self-reported issue and we do not ask. At least two of them are actively involved in the Aboriginal health and mental health communities. However, our membership still does not reflect the cultural reality of the province.

The Deputy Chairman: Thank you very much for taking time out of your lives to help us on this report. We should have an interesting presentation in about five minutes from the Partnership for Consumer Empowerment. Again, I invite you to stay for as much time as you have throughout the day and help us in any way you can. It is very interesting, in some of the other hearings, the tremendously important role of consumers helping each other, and that in the appropriate community setting, mentally handicapped people, who feel disenfranchised from society, find a home, an identity, and this kind of thing.

Mme Osted : C'est vrai. Les écoles constituent un bon point de départ. Nous apprenons beaucoup de nos valeurs à l'école. À l'échelle provinciale et nationale, par l'entremise de l'ACMMSM et l'AMMSM, ici, nous avons essayé de faire inclure la santé mentale au programme général de santé publique. Une fois que c'est perçu de cette façon par les décideurs — les politiciens — ainsi que les bureaucrates et les professionnels de la santé, on peut commencer à transmettre certaines de ces valeurs au grand public.

De plus, par exemple, la Dre Carolyn Bennett, ministre d'État, Santé publique, était au Manitoba et, de concert avec la ministre Teresa Oswald, ministre de la Vie saine au Manitoba, elle a annoncé l'instauration d'un programme de santé physique pour les enfants. Pourquoi n'y a-t-on pas inclus la santé mentale? Nous commençons par prêcher par l'exemple, et si nous le faisons assez longtemps, les gens vont commencer à comprendre. Il ne suffit pas de parler; il faut agir.

Mme Hiscock : Lorsqu'on parle de cloisonnement au sein du système de santé, on parle de cloisonnement à l'externe. Souvent, il est difficile d'inclure les questions relatives à la santé mentale aux systèmes scolaires, par les temps qui courent, parce que leur programme d'études est déjà établi. De plus, nous devons examiner le cloisonnement dans d'autres administrations.

Le sénateur Pépin : Je crois que vous avez dit, et je veux être certaine d'avoir bien compris, qu'il y a un lien probable entre santé mentale et consommation. Voyez-vous un lien entre les deux?

M. Borody : Nous évaluons constamment nos clients qui participent à nos programmes résidentiels. Environ 35 p. 100 souffrent d'un problème de santé mentale actif; on leur a déjà diagnostiqué des problèmes de dépression, de schizophrénie ou autre chose, donc, oui, il y a un lien certain pour environ 30 p. 100 de nos clients en résidence. Mais ce n'est pas le cas dans d'autres programmes. C'est pourquoi ce programme a été mis en place.

Le sénateur Pépin : Madame Osted, avez-vous des infirmiers autochtones, des infirmiers psychiatriques, ou non?

Mme Osted : Oui, nous en avons, mais nous ne pouvons pas vous donner de chiffres, parce qu'ils sont libres de déclarer qu'ils sont autochtones, et nous ne le leur demandons pas. Au moins deux d'entre eux travaillent activement dans les domaines de la santé et de la santé mentale des Autochtones. Cependant, nos membres ne reflètent toujours pas la réalité culturelle de la province.

Le président suppléant : Merci beaucoup d'avoir consacré une partie de votre précieux temps à nous aider à examiner ce rapport. Dans cinq minutes, nous devrions entendre un exposé intéressant de Partnership for Consumer Empowerment. Encore une fois, je vous invite à rester pendant tout le temps que vous avez aujourd'hui et à nous aider comme vous le pouvez. Dans d'autres séances, nous avons été très intéressés d'apprendre que les bénéficiaires peuvent jouer un rôle extrêmement important en s'entraidant et que, dans l'environnement communautaire approprié, les personnes qui souffrent d'une déficience mentale, qui se sentent mises au ban de la société, trouvent un foyer, une identité, et ce genre de chose.

Senators, our next witness is Jason Turcotte of the Partnership for Consumer Empowerment.

Mr. Jason Turcotte, Canadian Mental Health Association Office in Portage La Prairie, Partnership for Consumer Empowerment: Honourable senators, I am here today in place of Horst Peters, who is on his way to Montreal to present a recovery workshop at the national conference of the Schizophrenia Society of Canada.

I am a consumer of mental health services, recently employed by the Canadian Mental Health Association in Portage la Prairie, a community about 70 kilometres west of Winnipeg. I have also recently become a volunteer at the Partnership for Consumer Empowerment, PCE, program.

I ask your patience and understanding, as this type of presentation is a new and anxiety-provoking experience for me. For this reason, I will read from my notes.

I will not read all of Mr. Peters' presentation, which you have before you. Instead, Mr. Peters has asked me to provide you with a brief overview of the Partnership for Consumer Empowerment program of the Canadian Mental Health Association, Manitoba Division, and to provide you with his responses to issues and questions raised by this Senate committee in the November 2004 report, *Mental Health, Mental Illness and Addiction: Issues and Options for Canada*.

PCE is a provincial consumer initiative mandated to provide recovery-from-mental-illness education; develop consumer capacity-building training materials to train consumers to develop the skills to participate in the design, delivery, and evaluation of mental health services and systems; and provide expertise related to recovery, self-determination, and consumer participation to organizations and individuals in Manitoba.

The printed package you have before you gives a detailed description of the program and its activities.

Before addressing the issues in question, I want to draw your attention to another item in the package. You will find a brochure from the film, *Inside Out*, a performance piece written and performed by Winnipeg artist, Nigel Bart. This film was produced about PCE and is a dynamic, powerful educational tool featuring some of Mr. Bart's experience with schizophrenia. It also addresses stigma and recovery. Several copies of the film have also been provided to the committee. I encourage members of the committee to view the film and read the script included in the brochure.

I will read Mr. Peters' responses to issues and questions as he has prepared them. The responses are based on his experience and opinions developed through his work at PCE over the past seven and a half years. The response begins on page 6 of the document provided. I will address these in point form.

Honorables sénateurs, notre prochain témoin est Jason Turcotte, de Partnership for Consumer Empowerment.

M. Jason Turcotte, Bureau de l'Association canadienne de la santé mentale à Portage-la-Prairie, Partnership for Consumer Empowerment : Honorables sénateurs, je suis ici aujourd'hui en remplacement de Horst Peters, qui est en route vers Montréal pour présenter un atelier sur la guérison à la conférence nationale de la Société canadienne de schizophrénie.

Je suis un bénéficiaire de services de santé mentale récemment embauché par l'Association canadienne pour la santé mentale à Portage la Prairie, collectivité située à environ 70 kilomètres à l'ouest de Winnipeg. De plus, je suis récemment devenu bénévole pour le Partnership for Consumer Empowerment, le programme PCE.

Je vous demanderais d'être patients et compréhensifs étant donné que ce type d'exposé constitue pour moi une expérience nouvelle et angoissante. C'est pourquoi je vais lire mes notes.

Je ne vais pas lire tout l'exposé de M. Peters, que vous avez déjà devant vous. M. Peters m'a plutôt demandé de vous donner un aperçu du programme Partnership for Consumer Empowerment de l'Association canadienne pour la santé mentale, Division du Manitoba, et de vous faire part de ses réactions aux questions et enjeux soulevés par le comité sénatorial dans le rapport de novembre 2004 intitulé *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Problèmes et options pour le Canada*.

Le PCE est une initiative provinciale lancée par des bénéficiaires. Il a pour mandat d'éduquer les gens au sujet du rétablissement d'une maladie mentale, d'élaborer des documents de formation sur le renforcement des capacités des bénéficiaires afin d'enseigner aux bénéficiaires à acquérir les compétences nécessaires pour participer à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services et systèmes de santé mentale; et de fournir une expertise relative au rétablissement, à l'autodétermination et à la participation des bénéficiaires aux organisations et aux particuliers du Manitoba.

Vous trouverez dans le dossier que vous avez devant vous une description détaillée du programme et de ses activités.

Avant d'examiner les enjeux en question, je voudrais attirer votre attention sur un autre article dans le dossier. Vous trouverez une brochure sur le film intitulé *Inside Out*, pièce de théâtre écrite et interprétée par Nigel Bart, artiste de Winnipeg. Ce film porte sur le PCE. C'est un outil pédagogique dynamique et percutant qui met en vedette M. Bart, qui parle de son expérience en tant que schizophrène. On y traite également de la stigmatisation et du rétablissement. Plusieurs exemplaires du film ont été remis au comité. J'encourage les membres du comité à le visionner et à lire la brochure.

Je vais maintenant lire les réactions que M. Peters a préparées à l'égard des enjeux et des questions. Elles se fondent sur son expérience et les opinions qu'il s'est forgées tout au long de sa participation au PCE, au cours des sept dernières années et demie. Ces réactions commencent à la page 6 du document que je vous ai fourni. Je vais vous les lire sous forme d'énumération.

In Chapter 1 of the Senate report, "Delivery of Services and Supports," the first issue is patient and client centered services.

A client-patient centered system requires the establishment of clear, definitive standards and policies. These must make it abundantly clear that nothing less than a person-centred system of services and supports is acceptable. These standards and policies must be entrenched in all systemic levels from federal, provincial, regional and down. These policies and standards must include clear, measurable descriptions of client-centered system and service outcomes.

Furthermore, systems, services and supports must be held accountable for operating from a client-centred approach. It is essential that users of mental health services are included at all levels of the development, implementation and evaluation of these standards and policies.

The second issue is system coordination and integration with strong focus on community-based delivery. One of the committee questions was: How can the burden of coordinating and integrating services and supports be shifted to the system itself and away from affected individuals and their families? In my opinion this is the wrong question. I believe the more important question is, how can the system eliminate the barriers to individuals and families' navigation of service options, coordination, and integration? It is my opinion that a focus on shifting the coordination and integration of services raises the risk of more systemic and professional control and management, and less client choice and self-determination.

Let me suggest that a better solution, one that is consistent with the client-centred approach, lies in eliminating barriers to service and support-resource access, and educating consumers and families in the skill of assessing, coordinating and integrating services.

What incentives are needed to overcome the difficulties associated with getting existing organizations to work together? Address the current funding realities that often pit organizations against one another for the limited dollars available. Establish funding incentives for partnerships and service collaborations; however, refrain from instituting punitive funding policies for stand-alone organizations and services.

Another question was: How can duplication of services offered by non-governmental organizations be eliminated? Do not create monopolies or take away from consumer choice and options. What appears as duplication of services provides people with the option of choosing services whose various subtleties provide them with the opportunity to choose services and service providers that

Dans le chapitre 1 du rapport du Sénat, « Prestation des services et des moyens de soutien », la première question a trait aux services axés sur le patient et le client.

Un système axé sur le client ou le patient exige l'établissement de normes et de politiques claires et définies, qui doivent bien faire comprendre aux gens que rien de moins qu'un système de services et de moyens de soutien axés sur la personne n'est acceptable. Ces normes et politiques doivent être enchâssées à tous les niveaux systémiques, depuis l'échelon fédéral, provincial, régional, et ainsi de suite. Ces politiques et normes doivent inclure des descriptions claires et mesurables du système axé sur le client et des résultats du service.

De plus, les systèmes, services et moyens de soutien doivent mettre l'accent sur le client, et rendre des comptes à ce sujet. Il est essentiel que les bénéficiaires de services de santé mentale participent à toutes les étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'évaluation de ces normes et politiques.

La deuxième question est la coordination et l'intégration du système privilégiant une prestation communautaire. L'une des questions que le comité a posées est la suivante : Comment faire pour répartir équitablement le fardeau de la coordination et de l'intégration des services et moyens de soutien entre le système, d'une part, et les patients et leurs familles, d'autre part? À mon avis, ce n'est pas la bonne question. Je crois que la question plus importante que l'on devrait poser est : Comment le système peut-il éliminer les obstacles auxquels se butent les personnes et les familles lorsqu'elles essaient de composer avec les options, la coordination et l'intégration des services? À mon avis, lorsqu'on insiste pour répartir le fardeau de la coordination et de l'intégration des services, on s'expose à des méthodes de contrôle et de gestion plus systémiques et professionnelles, et on risque de laisser moins de choix et moins de capacités d'autodétermination au client.

Laissez-moi vous dire qu'une meilleure solution, une solution compatible avec l'approche axée sur le client, consiste à éliminer les obstacles au service et à l'accès aux ressources de soutien et à enseigner aux bénéficiaires et à leur famille à évaluer, à coordonner et à intégrer les services.

Quels incitatifs permettraient de surmonter les obstacles qui empêchent les organismes en place de travailler de concert? Éliminer les problèmes de financement actuels qui amènent souvent les organismes à se faire concurrence pour obtenir quelques malheureux dollars offerts. Établir des incitatifs au financement pour les partenariats et les collaborations en matière des services; toutefois, éviter d'instituer des politiques de financement punitives visant les organismes et les services indépendants.

Autre question : comment peut-on éliminer le dédoublement des services offerts par des organismes non gouvernementaux? Ne pas créer de monopoles et ne pas enlever les choix et les options qui s'offrent aux bénéficiaires. Ce que semble faire le dédoublement des services, c'est que les gens peuvent choisir des services dont les diverses subtilités leur permettent de choisir les

best fit with their desires, goals, needs, and personalities. This approach supports the principles of a client-centred approach and self-determination.

In Chapter 3, “The workplace,” one of the issues was federal income security programs. There was a question: Should the federal government change the Canada Pension Plan Disability, CPP-D, to provide partial or reduced, rather than full, benefits to enable individuals with mental disorders to retain a portion of their benefits while still working part-time? The all-or-nothing approach must be eliminated. To provide benefits only to someone while they are 100-per-cent disabled is discriminating, disempowering, and a disincentive to recovery. People with psychiatric disabilities, and all other disabilities for that matter, require the opportunity to gain or regain skills, confidence, physical and emotional strength and stamina, and to establish a stable personal economic foundation. A policy of reduced and partial benefits along with the 100-per-cent retention of part-time employment income will enhance the recovery of persons with mental disorders.

The next question was: Should CPP staff members receive training to increase their awareness of mental addiction? Yes they should, and that education must include training to increase their understanding of what helps people recover, and the barriers to recovery. Users of mental health services must be involved as educators.

In Chapter 4, “Specific Issues,” one of the issues was stigma. The question was: Has the word stigma become a polite linguistic way of justifying discriminations? Yes, it is much softer than prejudice, discrimination, social ostracism and second class citizenship, which are the markers of what we politely refer to as stigma.

Another question was: Is there a role for the media in trying to change Canadians views towards individuals with mental illness and addiction? The media must change its attitudes, principles, and values — if they even have them — and policies before they can change Canadian’s attitudes. Media has played a major role in the establishment and maintenance of the current environment of prejudice, discrimination, social ostracism and second class citizenship faced by persons with mental disorders and addictions.

One of the other questions was: Are there public awareness strategies that have been particularly successful in Canada to reduce stigma and discrimination, and from which lessons can be learned? The most successful strategy is that of consumers telling their stories; their illness experience as well as their recovery story.

services et les fournisseurs de services qui correspondent le mieux à leurs désirs, objectifs, besoins et personnalité. Cette approche soutient les principes d’une approche axée sur le client et de l’autodétermination.

Dans le chapitre 3, « Milieu de travail », l’une des questions abordées a trait aux programmes fédéraux de la sécurité du revenu. On pose la question suivante : Le gouvernement fédéral devrait-il réviser le Programme de prestations d’invalidité du Régime de pensions du Canada, RPC-I, pour prévoir des prestations partielles ou tronquées afin de permettre à ceux qui ont des troubles mentaux de toucher une partie de leurs prestations tout en travaillant à temps partiel? On doit cesser de faire « tout ou rien ». Si on verse des prestations à une personne uniquement lorsqu’elle est totalement invalide, on fait preuve de discrimination, on la paralyse, on ne l’encourage pas à guérir. Les personnes qui souffrent d’une déficience psychique, comme de toute autre déficience, d’ailleurs, doivent avoir la possibilité d’acquérir ou de recouvrer des compétences, une confiance en soi ainsi que leur force et leur énergie physiques et affectives, et de bien asseoir leur situation économique personnelle. Si on instaure une politique selon laquelle les personnes qui souffrent de troubles mentaux peuvent toucher des prestations partielles ou tronquées tout en continuant à travailler à temps partiel, cela favorisera leur rétablissement.

La question suivante était : le personnel du RPC-I devrait-il recevoir une formation pour être mieux renseigné sur la maladie mentale et la toxicomanie? Oui, on devrait lui donner une formation, et on devrait, dans le cadre de cette formation, l’amener à mieux comprendre ce qui aide les gens à se rétablir, ainsi que les obstacles qui les en empêchent. Les bénéficiaires de services de santé mentale doivent participer à la prestation de la formation.

Au chapitre 4, « Problèmes particuliers », l’une des questions abordées est la stigmatisation. On a posé la question suivante : Le mot stigmatisation serait-il devenu une façon polie de parler de discrimination? Oui, c’est plus subtil que les préjugés, la discrimination, l’ostracisme social et la citoyenneté de seconde classe, qui caractérisent ce que nous appelons poliment la stigmatisation.

Une autre question : les médias ont-ils aussi un rôle à jouer pour amener les Canadiens à changer d’attitude à l’endroit des personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie? Les médias doivent changer leurs attitudes, leurs principes et leurs valeurs — si tant est qu’ils en ont — et leurs politiques avant de changer les attitudes des Canadiens. Les médias ont joué un rôle important dans l’établissement et le maintien du contexte actuel où les personnes ayant une maladie mentale ou une toxicomanie font l’objet de préjugés, de discrimination, d’ostracisme social et sont des citoyens de seconde classe.

L’une des autres questions était : y a-t-il des stratégies de sensibilisation qui ont eu particulièrement de succès au Canada pour diminuer la stigmatisation et la discrimination et dont on pourrait tirer des leçons? La stratégie la plus fructueuse consiste à permettre à des bénéficiaires de raconter leur histoire, leur expérience de la maladie et leur processus de guérison.

Should Canada create an ambassador bureau composed of individuals with mental illness and addiction who are trained to speak to the media and employers about their experience? Yes, and the audience should be expanded to address all Canadian society. Furthermore, these individuals — speakers — should be paid well for their contribution to the education of Canadians.

Should the federal government, working jointly with the media, develop a national mental health strategy to teach journalists how to report in ways that do not stigmatize individuals? Yes, and use persons with mental disorders and addictions as educators, paying them well for their expertise.

The last question was: What can governments do to increase everybody's awareness that mental health is as important as physical health to the well-being of Canadians and that, as a corollary, the delivery of services and supports for mental illness and addictions is as critical as is the provision of health services for physical conditions.

One, develop a national action plan. Two, publicize the cost of mental disorders and addictions and its impact on our economy, employers, families and health care system. Three, prioritize mental health and health care through the use of effective standards and policies. Four, support the development and growth of consumer organizations and networks or coalitions. Ensure they are funded adequately to engage in public education and awareness, raising as well the development of persons with mental disorders and addictions to participate in this work.

In Chapter 5, "Human Resources," the issue was supporting caregivers. Unless I missed it, the report fails to recognize the need for families and other natural supports to work through their own parallel recovery process. Families require support and education resources to aid them in their journey of recovery from their losses, shattered dreams and personal pain.

In Chapter 6, "National Information Database, Research and Technology," the issue is research. Existing research funding seems to be directed primarily at clinical, biological, and genetic research. What is required is increased funding for research into the environmental, social, psychological, and spiritual dynamics of recovery from mental disorders and addiction. The Knowledge Resource Base detailed in the New Framework for Support published by the Canadian Mental Health Association provides an excellent foundation and justification for this type of research.

Le Canada devrait-il établir une brigade d'ambassadeurs composée de personnes souffrant d'une maladie mentale ou de toxicomanie qui ont appris à rencontrer la presse et les employeurs pour parler de leur vécu? Oui, et on devrait élargir l'auditoire afin de s'adresser à toute la société canadienne. De plus, ces personnes — les porte-parole — devraient être bien rémunérées pour la contribution qu'ils apportent à l'éducation des Canadiens.

Le gouvernement fédéral devrait-il, en collaboration avec les médias, se doter d'une stratégie nationale pour la santé mentale dans les écoles de journalisme afin de montrer aux étudiants comment faire leurs reportages sans stigmatiser les personnes? Oui, et il faudrait que les professeurs soient des personnes qui ont des troubles mentaux et une toxicomanie, et on devrait bien les payer pour leur expertise.

La dernière question était la suivante : que peuvent faire les gouvernements pour faire prendre conscience à tout le monde que la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être des Canadiens et que, en corollaire, la prestation des services et des moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie est aussi capitale que la prestation des services de santé pour les affections physiques?

De un, il faut élaborer un plan d'action national. De deux, il faut publier le coût des troubles mentaux et de la toxicomanie et ses impacts sur notre économie, nos employeurs, nos familles et notre système de santé. De trois, il faut accorder la priorité à la santé mentale et aux soins de santé en recourant à des normes et des politiques efficaces. De quatre, il faut soutenir l'épanouissement et la croissance d'organisations et de réseaux ou de coalitions de bénéficiaires. On doit s'assurer qu'ils disposent de suffisamment de fonds pour participer à l'éducation et à la sensibilisation du public ainsi qu'à la formation des personnes ayant des troubles mentaux et de toxicomanie, afin qu'ils participent à ces travaux.

Au chapitre 5, « Ressources humaines », on traite du soutien des aidants naturels. À moins que je ne me trompe, dans le rapport, on ne reconnaît pas que les familles et les autres aidants naturels doivent suivre leur propre processus de rétablissement parallèle. On doit fournir aux familles des moyens de soutien et des ressources d'éducation pour les aider à se remettre de leurs pertes, de leurs rêves brisés et de leur douleur.

Au chapitre 6, « Banque d'information nationale, recherche et technologie », on parle de la recherche. Le financement qu'on verse actuellement pour la recherche semble être axé principalement sur la recherche clinique, biologique et génétique. Ce qu'il faut, c'est accroître le financement accordé à la recherche sur les aspects environnemental, social, psychologique et spirituel de la guérison des personnes ayant des troubles mentaux et de toxicomanie. Les Ressources de connaissances disponibles détaillées dans le document intitulé Un cadre pour le soutien, publié par l'Association canadienne pour la santé mentale, fournissent d'excellentes raisons pour mener ce type de recherche.

Persons with mental disorders and addictions need to have a prominent place and influential voice in the development of a national research agenda.

In Chapter 7, "The Role of the Federal Government," we need a national action plan on mental health and addictions in Canada. The federal government must define the values, principles and standards for a person-client-centred recovery-orientated mental health and addiction service and support systems. The government must implement an accountability process that defines, measures, and holds systems and services accountable for quality and effectiveness of services. The bottom line is: One, are persons with mental disorders and addictions recovering? Two, are persons with mental disorders and addictions participating as full and equal citizens in Canadian society? Three, do persons with mental disorders have a prominent and influential voice at all levels of service and support systems design, delivery and evaluation?

The last point was: I conclude with the mantra of the psychiatric consumer-survivor-ex-patient movement for more than the last 30 years: Nothing About Us Without Us.

Thank you, and that was Horst Peters.

The Deputy Chairman: Thank you very much, Mr. Turcotte. We will hear from Mr. Marshall, and then we will address questions to both of you before we move to the other side of the table.

Mr. Roman Marshall, as an individual: I am a consumer advocate of 14 years, an individual with mental illness diagnosis and experience in how the mental system works, a former employee of the Winnipeg Regional Health Authority, and a long-time member of numerous self-help groups in the community.

I thank the committee for the privilege of speaking today, and for your tireless efforts to improve our mental health and addiction systems.

I am going to itemize my comments. The first item is a proposal to introduce therapy to persons dealing with a mental illness, changing from a current over reliance on medication to a system based on the services of psychologists trained in various appropriate therapies, including behavioural therapy.

In this model, the services of psychiatrists would continue to be utilized to determine the psychological treatment required, and to provide the effectiveness of that medication. These two approaches, psychology and psychiatry, must work in concert and in partnership with the consumers.

At present, most people with mental illness are provided only with pharmaceutical or attended psychiatric services.

Les personnes ayant des troubles mentaux et de toxicomanie doivent occuper une place prédominante et influente dans l'élaboration d'un programme de recherche national.

Au chapitre 7, « Le rôle du gouvernement fédéral », on indique que nous avons besoin d'un plan d'action national pour la santé mentale et la toxicomanie au Canada. Le gouvernement fédéral doit définir les valeurs, les principes et les normes d'un système de services et de moyens de soutien en santé mentale et en toxicomanie axé sur la personne/le client et privilégiant la guérison. Le gouvernement doit mettre en œuvre un processus de responsabilisation qui définit et mesure les systèmes et les services et qui les tient responsables de la qualité et de l'efficacité des services. On doit se demander : un, les personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie guérissent-elles? Deux, y a-t-il des personnes ayant des troubles mentaux et de toxicomanie qui participent à la société canadienne en tant que citoyen à part entière? Trois, les personnes qui souffrent de troubles mentaux jouent-elles un rôle prédominant et exercent-elles une influence à toutes les étapes de la conception, de la prestation et de l'évaluation des systèmes de service et de soutien?

Le dernier point est : je conclus par la devise du mouvement des ex-patients-bénéficiaires-survivants en psychiatrie, depuis plus de 30 ans : Rien sur nous ne se fera sans nous!

Merci, c'était Horst Peters.

Le président suppléant : Merci beaucoup, monsieur Turcotte. Nous allons maintenant écouter M. Marshall, et ensuite, nous allons vous poser des questions à vous deux avant de passer à l'autre côté de la table.

M. Roman Marshall, à titre personnel : Je défends les droits des bénéficiaires depuis 14 ans. Je souffre moi-même d'une maladie mentale, je sais comment fonctionne le système de santé mentale, j'ai déjà travaillé pour l'Office régional de la santé de Winnipeg, et je fais depuis longtemps partie de nombreux groupes d'entraide dans la collectivité.

Je remercie le comité de m'avoir donné le privilège de venir vous parler aujourd'hui, et de travailler sans relâche à améliorer nos systèmes de services de santé mentale et de traitement de la toxicomanie.

Je vais vous présenter mes commentaires selon une énumération. En premier lieu, je vais vous proposer d'instaurer une thérapie pour les personnes qui sont aux prises avec une maladie mentale en délaissant la tendance actuelle, selon laquelle on mise sur les médicaments, pour adopter un système fondé sur les services de psychologues formés à l'exercice de diverses thérapies appropriées, notamment la thérapie comportementale.

Dans ce modèle, on continuerait de recourir aux services de psychiatres pour déterminer le traitement psychologique requis, et pour assurer l'efficacité des médicaments. Ces deux approches, la psychologie et la psychiatrie, doivent travailler de concert et en partenariat avec les bénéficiaires.

Présentement, la plupart des gens qui sont aux prises avec une maladie mentale ne reçoivent que des services pharmaceutiques ou psychiatriques.

The second item is the issue of safety of in-patients in psychiatric wards. Although legislation and regulations demand the protection of any person from abuse, these protections are not effective in preventing the abuse of patients in psychiatric wards. This is a huge and ongoing concern that I urge the commission to address.

In Manitoba, we have taken measures, and when I was part of the Canadian Mental Health Association, we tried to encourage the other divisions of the association to get on board to have these changes take place. Here in Winnipeg, they have made a great difference. It is an important issue, and we should not be stigmatized at that level of care, and have that kind of sexual and physical abuse happening.

A third item concerns the need to confront the stigma on a national basis through changes in the film and television industry. To do so is logical, extremely cost-effective in the long term, and promises great inroads in our efforts to deprogram society regarding the myths of mental illness. It will remove the source of misinformation which is harmful to consumers' recovery.

Film and television have used mental illness to add drama to their productions by suggesting the character may be, or is, suffering from an illness, regardless of whether or not the character's behaviour could be attributed to other causes, either emotional or physical. The industry must be alerted to the damage these actions are inflicting on the mentally ill, and the harm they are doing in stigmatizing persons with a mental illness.

A comprehensive national program to provide accurate information on mental illness is required. I recommend further that this program enlist and financially support self-help organizations to work locally, provincially, and nationally to encourage the film and television industry to change.

I will stop at this point and say that I have come up with some responses to how these might be achieved.

The fourth item and final recommendation concerns the utilization of an electronic health record system to approve treatment options for the mental health professionals to collect data of successful case studies to develop a reference book. This reference book would outline methods used to bring about long-term recovery, and include enough history and lifestyle information to assist the doctor to identify any correlation to determine using similar methods. This would, of course, be in the successful treatment procedures.

It is my hope your final report will reflect the views of consumers like me and others across Canada. We are here today not only to discuss the fate of the mental health system, but the fate of those who access its services. Thank you.

En deuxième lieu, je vais vous parler de la sécurité des patients hospitalisés dans les unités psychiatriques. Même si la loi et le règlement exigent la protection de qui que ce soit contre les agressions, ces mesures de protection ne réussissent pas à empêcher les agressions dans les unités psychiatriques. Il s'agit là d'un problème énorme et permanent que je vous demande instamment de régler.

Au Manitoba, nous avons pris des mesures pour contrer ce problème. Lorsque je faisais partie de l'Association canadienne pour la santé mentale, nous avons essayé d'encourager les autres divisions de l'Association de se joindre à nous et d'apporter ces changements. Ici, à Winnipeg, les choses ont beaucoup changé. C'est une question importante, et nous ne devrions pas être stigmatisés à ce niveau de soins, et laisser libre cours à ce genre d'agression sexuelle et physique.

Le troisième élément concerne la nécessité de mettre fin à la stigmatisation à l'échelle nationale en apportant des changements dans l'industrie cinématographique. Cette intervention est logique, extrêmement rentable à long terme, et devrait contribuer grandement aux efforts que nous déployons pour déprogrammer la société concernant les mythes qui entourent la maladie mentale. Grâce à cette méthode, on éliminera la source de mésinformation qui nuit à la guérison des bénéficiaires.

L'industrie cinématographique s'est servie de la maladie mentale pour dramatiser ses productions. Elle a laissé entendre que le personnage peut souffrir ou souffre d'une maladie, que son comportement soit attribuable ou non à d'autres causes, affectives ou physiques. On doit lui faire prendre conscience des dommages que peuvent causer ces actions sur les personnes qui souffrent d'une maladie mentale et du mal qu'elle fait en stigmatisant ces personnes.

Il faut établir un vaste programme national visant à fournir des renseignements exacts sur la maladie mentale. Je recommande aussi que ce programme encourage les groupes d'entraide à travailler à l'échelle locale, provinciale et nationale pour inciter l'industrie cinématographique à changer sa façon de faire, et qu'il les subventionne à cette fin.

Rendu là, je vais m'interrompre pour vous dire que j'ai trouvé des façons d'y arriver.

Le quatrième élément, qui constitue ma recommandation finale, concerne l'utilisation, par les professionnels en santé mentale, d'un système de dossiers électroniques de santé pour approuver les options de traitement et recueillir des données sur des études de cas fructueuses, et élaborer un guide de référence. Ce guide de référence ferait état des méthodes qu'on utilise pour permettre la guérison à long terme, et présenterait suffisamment d'histoires et d'informations sur le mode de vie pour aider le médecin à dégager un lien et déterminer des méthodes semblables. Ce guide ferait bien sûr partie des procédures de traitement fructueuses.

J'espère que votre rapport final reflètera les opinions de bénéficiaires comme moi et d'autres bénéficiaires du Canada. Nous sommes ici aujourd'hui non seulement pour parler du sort du système de santé mentale, mais aussi pour examiner l'avenir de ceux qui accèdent à ses services. Merci.

The Deputy Chairman: Thank you both very much. In what we have heard so far as a committee, there have been overwhelming requests for involvement of the patients; in other words, a patient-centred system based at the community level that allows access to the community's social service resources in the way of housing and financial support, on an interim basis, or long-term basis if necessary. Other resources would include job finding, all that kind of thing, as well as the mental health services provided in a primary care setting, with a multi-disciplinary team to provide that primary care. This comes from patients like you, and both of you have reinforced that again this morning, so we are groping now for how to describe this in our final report.

Senator Kirby and I are currently groping for how to design a primary care system that could provide an infrastructure for this also in a separate paper that we hope to publish over the summer. Therefore, what you have said is of tremendous importance to us.

The other component that has been emphasized and that I want you to comment on, before the other senators ask your advice, is the fact that we have heard repeatedly that there is tremendous support from the peer group; in other words, the group of peers that are using a community facility get to know each other, they become a family, they reinforce each other, and they drive one another to the doctor or hospital for other illnesses. They drive one another to the employment office or to the welfare office for financial resources, if they need it, or whatever.

With that background, would the two of you try to tell us how you have lived with this, what is missing, and what you would like to have in an ideal world?

Mr. Turcotte: Like I said, I have been recently employed by the CMHA, and I do support housing work for them; peers helping peers. I have an anxiety disorder and I cannot help everybody, but at CMHC I take people to their doctor appointments, I pick them up and give them hands-on support. We have a little club where they can come for coffee and stuff like this, and I think we are making leaps and bounds that way, but it is not enough. We need bigger spaces. We need more people.

I am not sure if that is exactly what you wanted, but there are some things already in place, and more to come. Programs like PCE are needed.

The Deputy Chairman: That is very, very good.

Mr. Marshall: I know the Winnipeg Regional Health Authority would disagree with me, but I worked for them for a time, and I might say very successfully. I had a good rapport with

Le président suppléant : Merci beaucoup à vous deux. Dans ce qu'on a présenté au comité jusqu'ici, on nous a demandé encore et encore d'assurer la participation des patients; autrement dit, un système axé sur le patient, établi dans la collectivité, qui permet l'accès aux ressources de service social de la collectivité sous forme de soutien au logement et de soutien financier, de façon provisoire, ou à long terme, si c'est nécessaire. Parmi les autres ressources envisagées, il y aurait l'aide à la recherche d'emploi, ce genre de choses, ainsi que des services de santé mentale dispensés dans un cadre de soins primaires, ainsi qu'une équipe multidisciplinaire qui dispense ces soins primaires. Ces demandes proviennent de patients comme vous, et vous avez tous les deux insisté sur leur nécessité, encore une fois, ce matin, et nous nous demandons bien comment nous allons décrire cette réalité dans notre rapport final.

Le sénateur Kirby et moi essayons actuellement de trouver une façon de concevoir un système de soins primaires qui pourrait établir une infrastructure pour tout cela. Nous rédigeons à ce sujet un document distinct que nous espérons publier au cours de l'été. Par conséquent, ce que vous avez dit est extrêmement important pour nous.

L'autre élément sur lequel on a insisté et au sujet duquel je veux que vous formuliez des commentaires, avant que d'autres sénateurs ne vous demandent votre avis, c'est le fait que nous avons entendu dire encore et encore que le groupe de pairs offre un soutien considérable. Autrement dit, les pairs qui fréquentent un établissement communautaire en viennent à se connaître, ils deviennent une famille, ils se motivent les uns les autres, et ils conduisent leurs semblables qui souffrent d'une autre maladie chez le médecin ou à l'hôpital. Ils se conduisent les uns les autres au bureau d'emploi ou au bureau d'aide sociale afin qu'ils obtiennent des ressources financières, s'ils en ont besoin, ou quoi que ce soit.

Avec tout le vécu que vous avez, est-ce que vous pourriez essayer de nous dire tous les deux comment vous avez passé à travers, ce qui manque, et ce que vous aimeriez avoir, dans un monde idéal?

M. Turcotte : Comme je vous l'ai dit, je viens d'être embauché par l'ACSM, et je lui fournis un logement d'appoint; c'est ça, l'entraide. Je souffre d'un trouble de l'anxiété, et je ne peux pas aider tout le monde, mais, à l'ACSM, je conduis des gens à leurs rendez-vous chez le médecin, je passe les prendre, et je les aide directement. Nous avons un petit club où ils peuvent venir prendre un café et des choses comme ça, et je crois que c'est comme ça que nous avançons, mais ce n'est pas suffisant. Nous avons besoin de plus grands locaux. Nous avons besoin de plus de gens.

Je ne sais pas vraiment si c'est exactement la réponse que vous cherchiez, mais certaines choses sont déjà en place, et il y en a d'autres à venir. On a besoin de programmes comme le PCE.

Le président suppléant : C'est très, très bien.

M. Marshall : Je sais que l'Office régional de la santé de Winnipeg ne serait pas d'accord avec moi, mais j'ai travaillé pour lui pendant un certain temps, et, je dois le dire, j'ai eu beaucoup

my clientele. Even people that had frequent relapses were out for several years under my care, and I helped them to gain independent living.

My ideal scenario would be that, regardless of whether it is the mental health field, consumers are seen for our abilities and not designated to work in a part-time situation. I have my counselling certificate for applied counselling, and received very high grades and I have a lot of experience over the last 14 years doing counselling in the community and help. However, they do not want to put consumers into social work or anything like that because they stigmatize and say, we did that once before and the person got ill and quit. We are all individuals with different coping skills.

A similar thing applies to governments and different organizations that are hiring people. They put limitations on people with mental illness to protect them. Someone mentioned earlier about the attitude of parenting or protecting, overprotecting, and not allowing a person to stretch to the limits that they can. I think we are aware of our own limitations and we can say, hold on, this is getting a bit overwhelming and I need to take a step back or I need to cut my hours, or whatever the case may be.

This brings me to the comment that I read in the committee's report about the businessman who said he did not want anyone with a mental illness working in his organization because of the sick days and mental health days that the person would have to take off. If you have a poor work environment, an unhealthy work environment, that is bound to happen to anybody; anyone in this room or anywhere out there. I think that is stigma again.

Stigma is one of our greatest enemies. Even consumers stigmatize against consumers. In the self-help organizations, a great proportion of consumers cannot get in because consumers in the group feel they have reached a level of recovery, and if a person comes in that has behavioural problems, it is like oil and water, gas and water, or whatever.

Senator Gill: Mr. Turcotte, I would like to mention the phrase that you mentioned — I got it through the translation and I will try to pronounce it in English — nothing on us without having us involved. I think you should repeat that often to all the people. I have been living with problems myself as an Aboriginal. People try to organize others who they feel are not organized, so you should repeat that often. Say, do not do anything without having us involved. It is very important. It does not mean that people have bad faith; people have good faith, and they try to do the best. However, you have to be involved if you want the right things to be done, and you should do the things yourself.

de succès. J'entretenais de bons rapports avec ma clientèle. Même des gens qui avaient souvent des rechutes ont pu vivre plusieurs années dans la collectivité, sous mes soins, et je les ai aidés à devenir indépendants.

Selon moi, ce qui serait idéal, c'est que, qu'on soit dans le domaine de la santé mentale ou non, les bénéficiaires soient appréciés pour leurs capacités et ne soient pas condamnés à travailler à temps partiel. J'ai mon certificat en counseling appliqué, et j'ai obtenu des notes très élevées, et j'ai acquis beaucoup d'expérience, au cours des 14 dernières années, à offrir des services de counseling dans la collectivité, et de l'aide. Cependant, on ne veut pas que les bénéficiaires consultent des travailleurs sociaux ni d'autres professionnels de ce genre, parce qu'on les stigmatise, et on dit : « On l'a fait une fois, et la personne est tombée malade et a abandonné. » Nous avons tous des capacités de résilience à différents degrés.

Une chose semblable concerne les gouvernements et différentes organisations qui embauchent des gens. Ils imposent des limites aux personnes qui souffrent d'une maladie mentale pour les protéger. Plus tôt, quelqu'un a parlé de l'attitude paternaliste ou protectrice, de surprotection, et du fait qu'on ne permet pas à une personne de dépasser ses limites. Je crois que nous connaissons nos propres limites, et nous pouvons dire : « Attendez une minute, c'est un peu trop pour moi. Je dois prendre un peu de recul, ou je dois travailler moins d'heures », selon le cas.

Cela m'amène à vous dire que j'ai lu le passage dans le rapport du comité où on parle de l'homme d'affaires qui a dit qu'il ne voulait pas d'une personne souffrant d'une maladie mentale dans son organisation, à cause des journées de maladie et des journées de santé mentale que la personne devrait prendre. Si l'environnement de travail est médiocre, si l'environnement de travail n'est pas sain, c'est sûr que n'importe qui peut le faire; n'importe qui dans cette salle, ou n'importe où ailleurs. Je crois qu'il y a encore de la stigmatisation.

La stigmatisation est l'un de nos pires ennemis. Même les bénéficiaires se stigmatisent entre eux. Dans les groupes d'entraide, une grande proportion des bénéficiaires ne peuvent participer aux activités parce que certains bénéficiaires du groupe estiment avoir atteint un certain niveau de guérison, et que, si une personne se joint à eux et a des problèmes de comportement, c'est comme l'huile et l'eau, l'essence et l'eau, enfin, vous voyez ce que je veux dire.

Le sénateur Gill : Monsieur Turcotte, j'aimerais répéter l'expression que vous avez employée — je l'ai lue dans la traduction, et je vais essayer de la prononcer en anglais — nothing on us without having us involved, c'est-à-dire rien sur nous ne se fera sans nous. Je crois que vous devriez la répéter souvent à tout le monde. J'ai moi-même eu des problèmes, étant autochtone. Les gens essaient d'organiser la vie d'autres personnes qui, selon eux, ne sont pas organisées, et c'est pourquoi vous devriez la répéter souvent. Dites-leur : « Ne faites rien sans nous consulter ». C'est très important. Ça ne veut pas dire que les gens sont de mauvaise foi; les gens ont de bonnes intentions, et ils essaient de faire de leur

Senator Johnson: Thank you for your presentations. You both mentioned the power of the media in terms of influencing people's attitudes, and the lacklustre job you feel they are doing. I produce a little film festival, but I am also on the Standing Senate Committee on Transport and Communications that is doing a media study right now in the country. Can you mention, or give me one example of, both of you, in terms of the media, one thing that could be done positively at this time?

Mr. Marshall: Yes. As I suggested, finance the self-help organizations. We already tried this here in Manitoba. Failed the attempt right away because I contacted Chris Summerville from the Manitoba Schizophrenia Society and said, this is the problem. For example, you probably do not have time to watch TV, but last week I watched *Crossing Jordan*, *Medium*, and *Outer Limits*, and they all use drama, like a mental illness kick, to make the story more interesting. They also used a vision of mental illness from 50 years ago; people wandering around and bumping into each other in a big room. Mr. Summerville contacted all his contacts across the country and said, Could you come on board with us and can we send this letter off to these different companies? Everyone said, we have been allotted this money to work on stigma and we are doing this, we are doing that, we are doing whatever, and we cannot do that. We have not got the financial resources for a one-time project like that to try to change society's view on mental illness. This would affect the whole spectrum of society.

Senator Johnson: You are talking about the way things are portrayed? You are talking about the way programming portrays

Mr. Marshall: Yes, give them the information of how that impacts people, and give them a letter signed by all the self-help groups, ministers of health in every province, and the federal minister. Provide the funding to compile this information and send it out. We talk about the need for education in the schools and everything else. This would be one way of doing it. Anybody who watches TV, and everybody does, maybe we would not do it in the summertime —

Senator Johnson: A media study will tell you that 70 per cent of Canadians get most of their information from television. Even with the Internet, 70 per cent of the information nowadays is from television. That is why I am curious. There is a stronger and growing film population, especially for independent films. Independent films could be one way of telling some of these stories. I believe you can tell them as stories, and that is what people watch and what they respond to. That is what I think

mieux. Cependant, vous devez participer aux décisions si vous voulez qu'on fasse les bonnes choses, et vous devez faire les choses vous-même.

Le sénateur Johnson : Merci de vos exposés. Vous avez tous les deux parlé du pouvoir des médias, qui peuvent influencer sur les attitudes des gens, et du travail peu brillant qu'ils accomplissent, selon vous. J'organise un petit festival de cinéma, mais je fais aussi partie du Comité sénatorial permanent des transports et des communications, qui mène actuellement une étude sur les médias dans tout le pays. Pouvez-vous tous les deux mentionner ou me donner un exemple, en ce qui concerne les médias, d'une mesure positive que l'on pourrait prendre actuellement?

M. Marshall : Oui. Comme je vous l'ai suggéré, vous devriez financer les groupes d'entraide. Nous l'avons déjà essayé, ici, au Manitoba, mais la tentative a échoué d'emblée, parce que j'ai communiqué avec Chris Summerville, de la Manitoba Schizophrenia Society, et je lui ai dit que c'était ça le problème. Par exemple, vous n'avez probablement pas le temps de regarder la télévision, mais la semaine dernière, j'ai regardé *Crossing Jordan*, *Medium* et *Outer Limits*, et, dans ces émissions, on joue sur le drame, comme en utilisant un soupçon de santé mentale, pour rendre l'intrigue plus intéressante. Elles utilisent toutes une vision de la maladie mentale d'il y a 50 ans; les gens errent et se rentrent dedans dans une grande pièce. M. Summerville a communiqué avec tous ses contacts au pays, et il leur a dit : « Pourriez-vous vous joindre à nous, et pouvons-nous envoyer cette lettre à ces différentes entreprises? » Tout le monde a dit qu'on leur avait versé de l'argent pour lutter contre la stigmatisation, qu'on faisait ci, qu'on faisait ça, qu'on faisait n'importe quoi, mais qu'on ne pouvait faire ça. Nous n'avons pas obtenu les ressources financières nécessaires à la réalisation d'un projet ponctuel comme celui-ci, pour essayer de changer la façon dont la société perçoit la maladie mentale. Cela toucherait tout le spectre de la société.

Le sénateur Johnson : Vous parlez de la façon dont on présente les choses? Vous parlez de la façon dont les émissions présentent...

M. Marshall : Oui, donnez-leur de l'information sur la façon dont cela influe sur les gens, et remettez-leur une lettre signée par tous les groupes d'entraide, les ministres de la Santé de chaque province, et le ministre fédéral. Donnez le financement nécessaire pour compiler cette information, puis envoyez-la. Nous parlons de la nécessité de faire de l'éducation dans les écoles, et de tout le reste. Ce serait une façon de le faire. Quiconque regarde la télévision, et tout le monde le fait, peut-être qu'on ne la regarde pas l'été...

Le sénateur Johnson : Une étude sur les médias révèle que 70 p. 100 des Canadiens s'informent en majeure partie grâce à la télévision. Même avec l'avènement d'Internet, aujourd'hui, 70 p. 100 de l'information provient de la télévision. C'est pourquoi je suis curieuse. Les films sont de plus en plus nombreux et de plus en plus percutants, surtout les films indépendants. Les films indépendants pourraient constituer une façon de raconter certaines de ces histoires. Je crois qu'on peut les

could be mentioned in our report in terms of the unbelievable power of the media. Telling stories is the way to get the message across.

Mr. Marshall: I believe it is important to have self-help, and everyone else I just mentioned, involved in contacting all the television and film industry because it will have a much larger impact. You do not allow racism, or different things like that. When a movie is put out, and it is obviously geared towards racism and putting down Aboriginal people, and projecting everyone as being that way, people rise up. Take for instance, *Me Myself and Irene*. When that Jim Carey movie first came out, a lot of people were very upset about how schizophrenia was portrayed. I did not find it funny, but I did not find it that offensive — I am not that serious all the time.

However, funding is needed to try to make that difference; to at least allow them the choice to try to make that difference. We have to deprogram society.

Mr. Turcotte: I have had anxiety since I was eight years old. I was scared, from watching TV all of my life, to actually say anything to anybody. If I feel that way, and it took me until I was 30 years old to seek help, can you imagine what it does? That is all I really had to say. It is the power; if we could completely educate the media, it would be a big turn around for us.

Senator Johnson: That is a good, insightful comment, and I think you are right.

Senator Pépin: In your presentation you speak about employment, and you said that the provincial and federal government need to ensure that opportunity exists. You said that the provincial and federal governments have to get together so that people with a mental disability could be employed, like the past legislation for Aboriginal people.

Mr. Marshall: Yes.

Senator Pépin: You said it is important that you have the possibility to be employed, and you wish there could be legislation by the government on that one.

Mr. Marshall: Yes.

Senator Pépin: Also, you mentioned passing legislation to protect the patient under care from physical and sexual assault. Could you elaborate a little bit about that?

Mr. Marshall: I had just spoken about it earlier. Several years ago, when I was on the CMHA board, we actually had them change that. I worked with a person who had been raped several times in a psychiatric facility. We tried to convince the other divisions of the Canadian Mental Health Association to come on board with us, to address the federal government and their own

appeler des histoires, et c'est ce que les gens regardent et ce qui les fait réagir. Selon moi, c'est ce qu'on pourrait mentionner dans notre rapport relativement au pouvoir incroyable des médias. En racontant des histoires, on pourra faire passer le message.

M. Marshall : Je crois qu'il est important que les groupes d'entraide, et tous les autres intervenants que je viens de mentionner, se joignent à nous et communiquent avec l'industrie cinématographique, parce que cela aura un bien plus gros impact. Vous n'autorisez pas le racisme, ou différentes choses comme cela. Lorsqu'un film sort en salle, et qu'il est manifestement axé sur le racisme et l'humiliation des Autochtones, et qu'il présente tout le monde de cette façon, il y a une levée de boucliers. Prenez par exemple *Moi, moi-même et Irene*. Lorsque ce film de Jim Carey a pris l'affiche, beaucoup de gens étaient très vex  s par la façon dont on avait dépeint la schizophrénie. Je n'ai pas trouvé   a drôle, mais je n'ai pas trouvé cela   a offensant — je ne suis pas toujours aussi sérieux.

Cependant, on a besoin de financement pour essayer de changer les choses; pour au moins leur laisser le choix d'essayer de changer les choses. Nous devons déprogrammer la société.

M. Turcotte : Je souffre d'anxiété depuis que j'ai huit ans. J'avais peur, après avoir regardé la télévision toute ma vie, de dire quelque chose à quelqu'un. Si je me sens comme ça, et ce n'est qu'à 30 ans que j'ai décidé de chercher de l'aide, pouvez-vous imaginer ce que ça fait? C'est vraiment tout ce que j'avais à dire. C'est le pouvoir. Si nous pouvions éduquer complètement les médias, ce serait un grand pas en avant pour nous.

Le sénateur Johnson : C'est un bon commentaire. Vous êtes perspicace. Et je crois que vous avez raison.

Le sénateur Pépin : Dans votre exposé, vous avez parlé de l'emploi, et vous avez dit que le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral doivent s'assurer qu'il y a des possibilités. Vous avez dit que les gouvernements provincial et fédéral doivent travailler ensemble afin que les personnes ayant une d  fici  nce intellectuelle puissent travailler, comme ce qu'on a fait dans la loi antérieure pour les Autochtones.

M. Marshall : Oui.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit qu'il est important que vous ayez la possibilité de travailler, et vous souhaitez que le gouvernement adopte une loi à ce sujet.

M. Marshall : Oui.

Le sénateur Pépin : De plus, vous avez dit qu'on devrait adopter une loi pour protéger le patient qui reçoit des soins contre les agressions physiques et sexuelles. Pouvez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet?

M. Marshall : J'en ai parlé un peu plus tôt. Il y a plusieurs années, lorsque je si  geais au conseil d'administration de l'ACSM, on a réussi à la faire modifier. J'ai travaillé avec une personne qui avait été violée plusieurs fois dans un établissement psychiatrique. Nous avons essayé de convaincre les autres divisions de l'Association canadienne pour la santé mentale de se joindre   

provincial governments about safety on the wards. It is already a law that this protection is provided, but it is not being provided on psychiatric wards, for whatever reason.

Senator Pépin: It is not implemented?

Mr. Marshall: It is in Manitoba, but not in other provinces. Does that answer your question?

Senator Pépin: Yes.

The Deputy Chairman: Well, we have to move on, but if you would kindly stay where you are, maybe we can come back to you at the end of the panel. Thank you both for your candid presentations and for sharing your lives with us. I can tell you it has been helpful.

Senators, we will now hear from an organization called Well Connected.

Ms. Heather Dowling, Well-Connected: I would like to thank this committee for the amazing work you are doing and also for the generous opportunity to present this morning.

My name is Heather Dowling. I am the mother of three, and with my son just turning 18, they are all now young adults.

My experience with the mental health system is on a few fronts, most profoundly for me as the mother of a daughter with a severe eating disorder for a number of years, and who continues to work towards a healthy life.

As a public health nurse, I am aware of how the mental health system works in my little corner of the world. As a member of the steering committee for Well-Connected, a local eating disorder support group, I am often asked by individuals, parents, or school counsellors for appropriate help. When your child breaks an arm or a leg, you know where to go. You know that when you go there, someone will help you. You go to the emergency department and the nurse sees you, the doctor comes, you have an x-ray, and either you are given a cast, or worst luck, you need surgery, but you get help. It hurts, and it wrecks your aspiring NHL career, but with care it gets better and you get on with your life.

If you have an eating disorder, it is not like that. You do not know where to go. Your parents do not know where to go for help. Lots of doctors and nurses do not know what to do for you. Many of them blame you for being sick. However, you are sick, really sick. Trying to get help is a frustrating, lonely journey.

Most people make many, many calls in an effort to get help. When you finally find something that looks hopeful, you get on a ten-month waiting list. To get back to the broken bone analogy, it is like showing up in emergency with a broken bone and being

nous, afin de parler au gouvernement fédéral et à ses propres gouvernements provinciaux de la sécurité dans les unités. Cette protection est déjà prévue dans une loi, mais elle n'est pas assurée dans les unités psychiatriques, pour quelque raison que ce soit.

Le sénateur Pépin : Elle n'est pas appliquée?

M. Marshall : Elle l'est au Manitoba, mais pas dans d'autres provinces. Est-ce que ça répond à votre question?

Le sénateur Pépin : Oui.

Le président suppléant : Eh bien, nous devons poursuivre, mais si vous voulez bien rester où vous êtes, nous pourrions peut-être revenir à vous à la fin des témoignages. Merci à vous deux de nous avoir présenté des témoignages aussi sincères et d'avoir partagé votre vécu avec nous. Je peux vous dire que ça a été utile.

Honorables sénateurs, nous allons maintenant écouter la représentante d'une organisation du nom de Well Connected.

Mme Heather Dowling, Well-Connected : J'aimerais remercier le comité du merveilleux travail qu'il effectue et aussi de m'avoir généreusement invitée à venir vous parler ce matin.

Je m'appelle Heather Dowling. J'ai trois enfants. Comme mon fils vient tout juste d'avoir 18 ans, ils sont tous maintenant de jeunes adultes.

J'ai connu le système de santé mentale sur différents aspects, mais de façon plus intime, en tant que mère d'une fille qui souffre d'un grave trouble de l'alimentation depuis un certain nombre d'années, et qui continue à travailler pour avoir une vie saine.

En tant qu'infirmière en santé publique, je sais comment le système de santé mentale fonctionne dans mon petit coin de pays. Comme je fais partie du comité directeur de Well-Connected, groupe de soutien local pour les personnes souffrant de troubles de l'alimentation, des personnes, des parents ou des conseillers de l'école me demandent souvent de les aider. Si votre enfant se casse un bras ou une jambe, vous savez où aller. Vous savez que, si vous y allez, quelqu'un vous aidera. Vous allez à l'urgence, et l'infirmière vous reçoit, le médecin vient vous voir, on vous fait passer des radiographies, et on met votre membre dans le plâtre, ou, dans le pire des cas, vous devez vous faire opérer, mais d'une façon ou de l'autre, vous obtenez de l'aide. Ça fait mal, et tous vos rêves de jouer dans la LNH partent en fumée, mais avec des soins, vous allez mieux, et vous reprenez votre vie normale.

Si vous souffrez d'un trouble de l'alimentation, ça ne se passe pas comme ça. Vous ne savez pas où aller. Vos parents ignorent où demander de l'aide. Beaucoup de médecins et d'infirmières ne savent pas quoi faire pour vous. Bon nombre d'entre eux vous accusent d'être responsables de votre maladie. Cependant, vous êtes malade, vraiment malade. Lorsqu'on essaie de trouver de l'aide, on s'embarque dans une aventure frustrante, et on est seul.

La plupart des gens effectuent beaucoup, beaucoup d'appels dans le but d'obtenir de l'aide. Lorsqu'on finit par trouver quelque chose qui donne espoir, on se retrouve sur une liste d'attente de dix mois. Pour reprendre l'analogie de la fracture,

told, yes, it is really broken, so try and do what you can with it and we will see you in ten months.

Now, you would probably survive. To be sure, that limb would never ever be the same again, and to fix it they would probably have to re-break it. However, even if they did that, it would never heal the way it would have if it had been attended to when first broken.

That seems a ludicrous example. No one would ever do that, nor should they. However, this is what happens with mental illness all the time, and somehow it is acceptable.

At age 11, my daughter's treatment and ours as a family would have been very different if she had cancer rather than an eating disorder. Along with state-of-the-art medical treatment, we would have had social workers and counsellors to help us cope with that very difficult situation. The experience of having a child with a mental illness has all the fear, doubt, searching for answers, trying to cope, stress, and emotional trauma of having a very physically ill child, without any of the supports that a serious physical illness receives. You feel very much alone, and left alone.

Parents do the best they can to provide help and care for their child, and many incur huge expenses in the process. In Manitoba, the challenge of finding appropriate, effective help for eating disorders is difficult enough if you live within the city of Winnipeg. If, like many, you live in rural Manitoba the challenges are almost insurmountable.

What would it have looked like in our situation if eating disorders received the same quality of health care as other life-threatening illnesses?

First of all, there would be physicians trained to screen and treat individuals with eating disorders. There would be nurses in the clinics and hospitals educated in recognizing and treating individuals with eating disorders. A counsellor would be attached to the medical clinic that could have started seeing her early in the process and would have worked with us as a family on the road to recovery. There would be hope that she could be well. We were well into two years in the struggle before anyone ever said to me that she could get better.

There would be a professional network for the doctors, nurses and counsellors involved in trying to treat her, to provide for them with the opportunity to share ideas, to support each other and to learn from one another.

There would be support groups for her, her siblings, and us as her parents that were not be a five-hour return drive away.

c'est comme si on se présentait à l'urgence avec une fracture et qu'on se faisait dire : « Oui, c'est vraiment fracturé, donc faites ce que vous pouvez pour vivre avec, et nous vous verrons dans dix mois ».

Vous allez probablement survivre. Ce qui est certain, c'est que votre membre ne sera jamais comme avant, et pour corriger la situation, il faudrait probablement refaire la fracture. Cependant, même si on le faisait, ça ne guérirait jamais comme ça aurait guéri si on s'en était occupé à la première fracture.

Tout ça semble ridicule. Personne ne ferait jamais ça, et personne ne devrait le faire. Toutefois, c'est ce qui se passe tout le temps en santé mentale, et c'est acceptable.

Lorsque ma fille avait 11 ans, on nous aurait traitées très différemment, ma fille et notre famille, si elle avait eu le cancer plutôt qu'un trouble de l'alimentation. En plus de traitements médicaux à la fine pointe de la science, nous aurions eu droit à des travailleurs sociaux et à des conseillers pour nous aider à passer à travers cette situation très difficile. Lorsque son enfant souffre d'une maladie mentale, on vit la peur, le doute, on cherche des réponses. On essaie de s'adapter, on vit du stress et on subit des traumatismes affectifs comme si son enfant était gravement malade physiquement, mais on ne reçoit aucun soutien qu'on accorde habituellement à une personne qui est gravement malade physiquement. On se sent très seul, et abandonné.

Les parents font de leur mieux pour aider et soigner leurs enfants. Bon nombre d'entre eux doivent engager d'énormes dépenses pour le faire. Au Manitoba, si on vit dans la Ville de Winnipeg, il est très difficile de trouver de l'aide appropriée et efficace pour ce qui est des troubles de l'alimentation. Si, comme beaucoup de gens, vous vivez dans une région rurale du Manitoba, les difficultés sont presque insurmontables.

Dans notre cas, que serait-il arrivé si les personnes souffrant de troubles de l'alimentation avaient reçu la même qualité de soins de santé que les gens qui sont aux prises avec une maladie potentiellement mortelle?

Tout d'abord, des médecins seraient formés pour dépister les troubles de l'alimentation et traiter les gens qui en sont atteints. Dans les cliniques et les hôpitaux, il y aurait des infirmières formées pour reconnaître et traiter les gens qui souffrent de troubles de l'alimentation. Un conseiller aurait été affilié à la clinique médicale et aurait pu commencer à voir notre fille dès les premiers symptômes et aurait travaillé avec nous, la famille, pour l'aider à s'engager dans la voie de la guérison. On pourrait espérer que, un jour, elle aille mieux. Nous nous sommes battus pendant près de deux ans avant que quelqu'un daigne me dire qu'elle pourrait prendre du mieux.

Il y aurait un réseau professionnel de médecins, d'infirmières et de conseillers qui essaieraient de la traiter, et ils auraient ainsi la possibilité de mettre des idées en commun, de se soutenir les uns les autres et de tirer des leçons de leurs pairs.

Il y aurait des groupes de soutien pour elle, sa fratrie, et nous, ses parents, et ils ne seraient pas à cinq heures aller-retour de chez nous.

There would be ongoing access to a counsellor or treatment centre to regroup when the setbacks occur.

In the course of my daughter's illness, and in an effort to save her life, she required an extensive stay in our local hospital. With a great deal of creativity, effort, compassion and support for the staff involved, this piece worked quite well. I suspect there are many such stories around the country like that. The trouble is, very few know about them and we all keep reinventing the wheel.

In your packages there are two articles, one from the January 2005 *BC Medical Journal*, and the other from the University of Glasgow in Scotland. Both these articles represent new ideas in ways of treating eating disorders. There are also two information sheets on two treatment centres that I am aware of that provide excellent models for residential programs.

It is my very great hope that 20 years from now we will treat eating disorders completely differently from the way we treat them today. Treatment will be different because we have learned so much and come so far and become so much more effective. Thanks.

Ms. Ruth Minaker, Chairperson, Well-Connected: I am a social worker at an acute-care mental health centre and the chairperson of Well-Connected, a non-profit organization dedicated to working with people who struggle with eating disorders. I am also the mother of a young woman who has been dealing with an eating disorder for the past five years. In the past seven years, in my roles as professional volunteer and parent, I have had contact with almost 100 people who have battled an eating disorder.

The members of Well-Connected want to express the thanks of our entire organization — individuals, parents, spouses, and professionals — for the opportunity to participate in this hearing.

We also wish to thank you for the work you are doing. Your efforts to listen to the people most affected by mental illnesses give us reason to hope that positive changes will result. Your reports indicate that you "get it." You have identified many of the most pressing problems and challenges, including lack of national leadership, the complex array of political jurisdictions and private providers in mental health, fragmentation of services, unequal access and lack of resources. We believe that you have also correctly identified many of the needs corresponding to those challenges.

Yes, we need a national action plan, coordination, accountability, communication between stakeholders, improved access and more resources. We need a national information database with ongoing research that is not funded entirely by the pharmaceutical industry. The principles of mental health, which you have endorsed, are central to improving the delivery of services.

On pourrait accéder continuellement à un conseiller ou à un centre de traitement en cas de rechute.

Au cours de sa maladie, pour sauver sa peau, ma fille a dû séjourner longtemps à l'hôpital de notre région. Grâce à la créativité, aux efforts, à la compassion et au soutien du personnel qui s'occupait d'elle, cet épisode s'est plutôt bien passé. J'imagine qu'il y a beaucoup d'histoires de ce genre dans tout le pays. Le problème, c'est que très peu de gens en sont conscients, et que nous ne faisons que réinventer la roue sans cesse.

Dans les dossiers qu'on vous a remis, il y a deux articles, l'un du *BC Medical Journal* de janvier 2005, et l'autre, de l'Université de Glasgow en Écosse. Dans ces deux articles, on présente de nouvelles idées sur la façon de traiter les troubles de l'alimentation. Il y a également deux fiches d'information sur deux centres de traitement que je connais, et qui constituent d'excellents modèles de programmes résidentiels.

J'espère vraiment que, dans 20 ans, nous traiterons les troubles de l'alimentation tout à fait différemment de la façon dont nous les traitons aujourd'hui. Les traitements seront différents parce que nous avons tant appris, nous sommes allés si loin et nous sommes devenus tellement plus efficaces. Merci.

Mme Ruth Miner, présidente, Well-Connected : Je suis travailleuse sociale dans un centre de soins actifs en santé mentale et présidente de Well-Connected, organisme sans but lucratif qui œuvre auprès des gens qui sont aux prises avec des troubles de l'alimentation. Je suis également la mère d'une jeune femme qui souffre d'un trouble de l'alimentation depuis cinq ans. Au cours des sept dernières années, en tant que bénévole professionnelle et parent, j'ai été en contact avec près de 100 personnes qui se sont battues contre un trouble de l'alimentation.

Les membres de Well-Connected veulent vous remercier, au nom de toute notre organisation — particuliers, parents, conjoints et professionnels —, de nous donner la possibilité de participer à cette audience.

Nous souhaitons également vous remercier de ce que vous faites. Vous prenez la peine d'écouter les gens les plus touchés par la maladie mentale, et cela nous donne l'espoir qu'un jour il y aura des changements positifs. En lisant vos rapports, on voit que vous avez compris. Vous avez cerné bon nombre des problèmes et des défis les plus criants, notamment l'absence de leadership national, la mosaïque complexe de compétences politiques et de fournisseurs privés de services de santé mentale, la fragmentation des services, l'accès inégal et le manque de ressources. Nous estimons aussi que vous avez déterminé correctement bon nombre des besoins qui correspondent à ces défis.

Oui, nous avons besoin d'un plan d'action national, de coordination, de responsabilisation, de communication entre les intervenants, d'un accès amélioré et de plus de ressources. Nous avons besoin d'une base de données nationale, et il faut mener des recherches continues qui ne sont pas subventionnées entièrement par l'industrie pharmaceutique. Les principes de la santé mentale, que vous avez cautionnés, sont essentiels à l'amélioration de la prestation des services.

Prevention, as you have noted, must include improved social conditions and a focus on mental well-being. Teaching coping skills and resilience in schools is a good example. Early detection and intervention is critical. Enhanced access to appropriate services in a timely fashion is vital. Client-centred care has been emphasized in your report, and a strong consumer voice was underscored in Phil Upshall's presentation, as well as in the presentations we heard earlier. The shortcomings of primary health care, as a medical model, are addressed in your report. Multi-disciplinary teams are essential for effective treatment.

In referring to mental health services for children and adolescents as the orphan's orphan in your report, you have highlighted our main concerns. Most mental disorders begin in childhood or adolescence, but as you point out, children in adolescence are the least likely population to access services, and have the least services to access.

Here is where we have information to share with you. Your prevalence data with regard to eating disorders is the lowest figure we have ever seen. We believe the actual rate is closer to 10 per cent of the general population than .1 per cent, and we also believe it is growing at all ages and in both genders. Numerous studies support our observations. I could quote you chapter and verse, but I will spare you that.

If you consider the number of adolescents who have significant symptoms of disordered eating, but may not meet all the criteria for a clinical diagnosis, the numbers soar to almost one-third of adolescent girls. That study was quoted in the Canadian Medical Association Journal in 2001. The author's name is Jennifer Jones.

Eating disorders have the highest mortality rate of all mental illnesses. They have one of the highest rates for co-morbid disorders. In fact, I cannot recall having seen a client with only an eating disorder. Usually it is a package deal with one or more of the following: depression, anxiety, obsessive-compulsive disorder, substance abuse and sleep disturbance. Personality disorders and post traumatic stress disorder are other co-occurring disorders.

The average length of time for a recovered person to have struggled with an eating disorder is five to eight years. We know many people who have battled this illness for 20 years or more. We also know several who have died.

After nearly four years of raising awareness in our corner of the world, we are hearing more frequently of young men with eating disorders, and of middle-aged women who are developing an eating disorder for the first time. The same factors that lead people to depression, anxiety or substance abuse are also related

La prévention, comme vous l'avez signalé, doit passer par l'amélioration des conditions sociales et par la mise en valeur du bien-être mental. L'enseignement de l'adaptation et de la résilience dans les écoles en est un bon exemple. Le dépistage et l'intervention précoces sont cruciaux. L'accès accru et rapide à des services appropriés est vital. Dans votre rapport, vous avez mis l'accent sur les soins axés sur le bénéficiaire, et, dans l'exposé de Phil Upshall et dans les autres exposés que nous avons écoutés avant, on a souligné que le bénéficiaire doit avoir voix au chapitre. Dans votre rapport, vous vous penchez sur les lacunes que l'on trouve dans les soins de santé primaires, en tant que modèle médical. Les équipes multidisciplinaires sont essentielles à l'efficacité des traitements.

En qualifiant les services de santé mentale pour les enfants et les adolescents de « parent pauvre du parent pauvre », dans votre rapport, vous avez mis en relief nos principales préoccupations. La plupart des troubles mentaux apparaissent pendant l'enfance ou à l'adolescence, mais, comme vous le signalez, les enfants et les adolescents sont les membres de la population les moins susceptibles d'accéder aux services, et c'est à eux qu'on en offre le moins.

C'est ici que nous avons de l'information à vous communiquer. Vos chiffres sur la prévalence des troubles de l'alimentation sont les plus bas que nous ayons jamais vus. Nous estimons que le taux réel se rapproche davantage de 10 p. 100 de la population générale que 0,1 p. 100, et nous estimons également qu'il augmente à tous les âges et aussi bien chez les hommes que chez les femmes. De nombreuses études appuient nos observations. Je pourrais vous citer mes sources, mais je vous épargnerai cela.

Si on tient compte du nombre d'adolescents qui présentent des symptômes considérables de troubles de l'alimentation, mais qui ne satisfont pas à tous les critères justifiant un diagnostic clinique, la proportion monte à près du tiers des adolescentes. Cette étude a été citée dans le Journal de l'Association médicale canadienne en 2001. L'auteure s'appelle Jennifer Jones.

Les troubles de l'alimentation affichent le taux de mortalité le plus élevé de toutes les maladies mentales. Ils présentent l'un des taux les plus élevés de troubles comorbides. En fait, je ne me rappelle pas avoir déjà vu un client qui souffrait seulement d'un trouble de l'alimentation. Habituellement, c'est un tout où l'on trouve l'une ou plusieurs des affections suivantes : dépression, anxiété, trouble obsessionnel-compulsif, toxicomanie, et troubles du sommeil. Les troubles de la personnalité et le syndrome de stress post-traumatique constituent d'autres troubles concomitants.

En moyenne, les gens qui ont eu raison d'un trouble de l'alimentation ont dû se battre pendant cinq à huit ans pour s'en sortir. Nous connaissons beaucoup de personnes qui ont lutté contre cette maladie pendant au moins 20 ans. Nous en connaissons aussi plusieurs qui sont décédées.

Voilà maintenant près de quatre ans que nous essayons de conscientiser les gens dans notre coin de pays. Nous entendons plus souvent parler de jeunes hommes qui souffrent de troubles de l'alimentation et de femmes d'âge moyen qui sont aux prises pour la première fois de leur vie avec un trouble de l'alimentation. Les

to eating disorder. Our society's pre-occupation with body image and the pursuit of an unrealistically thin ideal provide fertile ground.

Some people seem to have a vulnerability to developing an eating disorder. An international study is being carried out currently on the genetic influence on anorexia, similar to research done previously on the genetic component of bulimia. Highly intelligent, articulate, sensitive and perfectionistic young women are overrepresented in the people we see. They live with the burden of shame, secrecy and silence. We want them and their loved ones to know it is not their fault. They are not alone; there is help and hope.

I have attached some recommendations from us to your committee, and we have grouped them into five categories. We could have gone on at length, but we tried to be succinct.

The first category is prevention. In common with the prevention of other types of mental illness, prevention of eating disorders would focus on health promotion. Developing self-esteem, coping skills and resilience would be key, beginning in childhood. Unique to eating disorders would be an emphasis on healthy body image.

The second category is early identification and intervention. To effect this, training for health care and education professionals would be essential. Routine screening for eating disorders in primary health care settings would need to be implemented. Community-based treatment by a multi-disciplinary team would need to be available. Use of telehealth links and the Internet could facilitate this.

The third category is client-focused treatment. Clients and their family members deserve to be treated with respect and empathy. Treatment team members must maintain a hopeful and patient attitude. Empowerment of the client and individualized treatment are necessary to recovery.

The fourth category is support for families. Any mental illness extracts a terrible toll on family members. Family members require information, education and support. Only when absolutely necessary for the sake of the client should family members be excluded from the treatment process. Pathologizing families is almost never helpful. In fact, the reverse is true. Long after the treatment team has delivered its services, in most cases the family will still be involved in the life of the client.

The fifth category is national research, data collection and information dissemination. There is much to be done in the field of eating disorders. Not enough is known about the factors leading to the development of disordered eating, the prevalence or the most effective treatment. Best practices will change as new

facteurs qui poussent les gens à tomber dans la dépression, l'anxiété ou la toxicomanie sont aussi liés aux troubles de l'alimentation. L'obsession de l'image corporelle et la quête de la minceur irréaliste, dans notre société, constituent un terrain fertile.

Certaines personnes semblent être prédisposées aux troubles de l'alimentation. On mène actuellement une étude internationale sur le rôle de la génétique dans l'anorexie, un peu comme la recherche qu'on a déjà effectuée sur la composante génétique de la boulimie. On trouve beaucoup de jeunes femmes très intelligentes, qui s'expriment bien, qui sont sensibles et perfectionnistes parmi les personnes que nous voyons. Elles vivent avec le fardeau de la honte, du secret et du silence. Nous voulons qu'elles et leurs proches sachent que ce n'est pas de leur faute. Elles ne sont pas seules; il y a de l'aide et de l'espoir.

J'ai annexé certaines recommandations que nous avons formulées, et nous les avons groupées dans cinq catégories. La liste aurait pu être beaucoup plus longue, mais nous avons essayé d'être succinctes.

La première catégorie est la prévention. À l'instar de la prévention relative à d'autres types de maladie mentale, la prévention des troubles de l'alimentation met l'accent sur la promotion de la santé. Il est primordial de renforcer l'estime de soi, les capacités d'adaptation et la résilience, et ce, dès l'enfance. Mais ce qui est propre aux troubles de l'alimentation, c'est qu'il faudrait se concentrer sur une image corporelle saine.

La deuxième catégorie est le dépistage et l'intervention précoces. Pour ce faire, il serait essentiel de former les professionnels de la santé et de l'éducation. Il faudrait mettre en œuvre des systèmes de dépistage de routine des troubles de l'alimentation dans les milieux où on dispense des soins de santé primaires. Une équipe multidisciplinaire devrait offrir des traitements dans la collectivité. On pourrait se faciliter la tâche en utilisant des systèmes de télésanté et Internet.

La troisième catégorie est le traitement axé sur le client. Les clients et les membres de leur famille méritent d'être traités avec respect et empathie. Les membres de l'équipe de traitement doivent garder espoir et être patients. L'habilitation du client et le traitement personnalisé sont nécessaires à la guérison.

La quatrième catégorie est le soutien des familles. La maladie mentale accable terriblement les membres de la famille. Ceux-ci ont besoin d'information, d'éducation et de soutien. Ce n'est que lorsque c'est absolument nécessaire pour le bien du client qu'on devrait exclure les membres de la famille du processus de traitement. Tenir les familles à l'écart n'est presque jamais utile. En fait, c'est le contraire. Longtemps après que l'équipe de traitement a dispensé ses services, la plupart du temps, la famille est toujours dans la vie du client.

La cinquième catégorie est la recherche, la collecte de données et la diffusion d'information à l'échelle nationale. Il y a beaucoup à faire dans le domaine des troubles de l'alimentation. On n'en sait pas assez sur les facteurs qui déclenchent un trouble de l'alimentation, sur leur prévalence ni sur le traitement le plus

information emerges, and sharing information in an organized fashion would be helpful.

The Deputy Chairman: Ms. Minaker, before turning you over for questions from the other senators, would you give us what references you have so we can correct the understatement in our report?

Ms. Minaker: CMHA indicate that the prevalence of eating disorders, at best guesstimate, which is about all we have other than a few studies, is 1 per cent of the population of women have anorexia in their lifetime; and 3 per cent have bulimia. I believe those statistics were also reported in *A Report on Mental Illnesses in Canada*, that government publication, so those publications should already be available to you.

The Jones study of the Golden Triangle Area, which was done with several thousand school-aged girls about eating patterns, behaviours and so on, was quoted. It was written up in the *Canadian Medical Association Journal* in 2001, so that should be readily available to you.

There are a number of other studies, and one of the people best positioned to answer those questions is Hilary Grammar, policy analyst with the Mental Health Branch and Addictions of the Province of Manitoba. I work with Hilary and Yvonne Block on the provincial network for eating disorders. Hilary is at work on a publication which should be ready shortly, and she has done a stellar job of assembling current statistics and treatment methods, and evaluating them and so on.

Senator Johnson: Thank you, Ms. Dowling and Ms. Minaker. I am very sorry about your daughters, and I hope everything is going well with them. I had a sister who went through this, but it was caught early and we had great success. It was back in the late 1970s, so you can imagine there was nothing available then.

Having said that, is the majority of people involved with eating disorders at this time, the percentage, not greater for women than men, especially young women?

Ms. Minaker: We believe from what we have read and what we have experienced that, yes, most people develop an eating disorder in adolescence. Although we are beginning to see changes, as I noted in the presentation, we see a few women developing eating disorders for the first time in middle age. I think that speaks to our societal values, the fashion and diet industries, and the media play given to that unrealistic and unachievable thin ideal.

We also know that eating disorders are growing in young men. These disorders tend to be more about the six pack abs and the physique than about being thin. Often, it goes along with steroid use or abuse, but we are seeing some young boys, two this year who came to our attention, aged 11 and 13, who have classic

efficace. Les pratiques exemplaires changeront à mesure qu'on recueillera de nouvelles informations, et il serait utile de mettre l'information en commun d'une façon structurée.

Le président suppléant : Madame Minaker, avant de répondre aux questions des autres sénateurs, pourriez-vous nous citer vos sources afin que nous corrigions les données dans notre rapport?

Mme Minaker : L'ACSM indique que la prévalence des troubles de l'alimentation, selon nos meilleures estimations, et c'est à peu près tout ce que nous avons, outre quelques études, est que 1 p. 100 des femmes sont anorexiques au cours de leur vie; et 3 p. 100 sont boulimiques. Je crois que ces statistiques ont également été présentées dans le *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, une publication gouvernementale. Vous devriez pouvoir y accéder facilement.

On y cite l'étude Jones sur le Triangle d'or, qui a été effectuée auprès de plusieurs milliers de fillettes d'âge scolaire au sujet des habitudes alimentaires, des comportements alimentaires, etc. On l'a reproduite dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* en 2001, et donc, vous devriez pouvoir facilement y accéder.

Un certain nombre d'autres études ont également été menées, et l'une des personnes les mieux placées pour répondre à ces questions est Hilary Grammar, analyste des politiques à la Direction générale de la santé mentale et de la toxicomanie de la province du Manitoba. Je travaille avec Hilary et Yvonne Block au réseau provincial pour les troubles de l'alimentation. Hilary travaille à une publication qui devrait être prête sous peu, et elle a fait de l'excellent travail en rassemblant des statistiques et des méthodes de traitement courantes, et en les évaluant, et ainsi de suite.

Le sénateur Johnson : Merci, mesdames Dowling et Minaker. Je suis très désolée pour vos filles, et j'espère qu'elles se porteront bien. J'ai eu une sœur qui a eu ce problème, mais on l'a dépistée rapidement, et elle s'est parfaitement rétablie. C'était à la fin des années 70, et donc, vous pouvez vous imaginer qu'il n'y avait aucun service à ce moment-là.

Cela dit, la majorité des personnes sont aux prises avec des troubles de l'alimentation, présentement — le pourcentage n'est-il pas plus élevé pour les femmes que pour les hommes, surtout les jeunes femmes?

Mme Minaker : Nous croyons, d'après ce que nous avons lu et ce que nous avons vécu, que, oui, la plupart des gens commencent à souffrir d'un trouble de l'alimentation à l'adolescence. Même si nous commençons à voir des changements, comme je l'ai souligné dans mon exposé, on voit apparaître ces troubles chez quelques femmes au milieu de leur vie. Je pense que c'est révélateur de nos valeurs de société, des industries de la mode et des régimes alimentaires, et du battage médiatique qui entoure cet idéal de minceur irréaliste et inatteignable.

Nous savons aussi que les troubles de l'alimentation gagnent de plus en plus les jeunes hommes. Ces troubles ont tendance à porter davantage sur l'idéal des abdominaux bien découpés et sur le physique que sur la minceur. Souvent, ça va de pair avec la consommation ou la consommation abusive de stéroïdes, mais

symptoms of anorexia. That seems to be a disturbing new trend. We also note that eating disorders are being identified more in the gay population.

Senator Johnson: I totally agree with you about the younger men, and I think that is also societal pressures. I think one of the biggest concerns of a city like this, of course, and for everybody, should be that it is increasing. Teenage girls are smoking more to stay thin. They are unhealthy. They are not fit. There is not enough emphasis, as we know, on sports, recreation and that sort of physical activity in our society. Studies going on now because of obesity but there are just as many of these young people, boys with their weight, and the whole nine yards.

We are finding as well that as these young girls grow older, they are susceptible to osteoporosis in their thirties and they are not able to reproduce, so their whole body and physical being is affected, and that affects their role in our society.

Along with obesity and other physical issues in our world today, anorexia and bulimia have to be recognized. These diseases involve mental health, as this study is focusing on, because the thinking that goes along with them is not appropriate. Wherever eating disorders start, they are a vicious circle. Does depression kick them off, or do they happen because people are susceptible to other influences in terms of their eating, and what is on television today, which is what 70 per cent of what kids watch growing up, and what is on the Internet? All you see is the girls that are silhouetted at weighing one ounce, and photographed to look even thinner.

I do not know what you think in terms of the national plan, how mental health and physical health go together, but as the Greeks used to say, a good healthy mind and a healthy body. Perhaps in promoting this and connecting, that could be part of it as well in terms of this study. I think it is huge, and it is huge amongst our youth.

Ms. Minaker: Indeed, it is. One thing we find very concerning is that a lot of the public health system has gotten on board with the media campaign about the obesity epidemic. There have been a number of studies, fuelled by pharmaceutical corporations, to document the obesity epidemic. The fashion industry and the media play into that. That has really affected the care that people receive when they go to their family doctor. Often the comment that the doctor makes is about a person's weight first, especially if that person happens to be a young girl or a woman. I cannot tell you how many people I have seen devastated when they come out of the doctor's office because they have been told that they are obese. That is almost the same as a racial epithet at this point. It carries the same amount of stigma.

nous voyons de jeunes garçons, cette année, nous en avons eu deux, âgés de 11 et de 13 ans, qui présentent les symptômes classiques de l'anorexie. Ça semble être une nouvelle tendance troublante. Nous remarquons aussi que les troubles de l'alimentation sont plus fréquents chez les homosexuels.

Le sénateur Johnson : Je suis parfaitement d'accord avec vous au sujet des jeunes hommes, et je crois qu'il y a aussi des pressions sociales. Je crois que l'un des plus gros problèmes d'une ville comme celle-ci, bien sûr, et pour tout le monde, c'est que ça prend de l'expansion. Les adolescentes fument plus pour rester minces. Elles ne sont pas en bonne santé. Elles ne sont pas en forme. Dans notre société, comme nous le savons, on ne met pas suffisamment l'accent sur le sport, les loisirs et ce genre d'activités physiques. On effectue actuellement des études sur l'obésité, mais il y a autant de jeunes, des garçons qui ont problème de poids, et tout le bataclan.

On se retrouve avec ce même problème à mesure que ces fillettes grandissent. Elles sont prédisposées à faire de l'ostéoporose dans la trentaine, et elles sont incapables de se reproduire et donc, tout leur corps et tout leur être physique est touché, et cela influe sur leur rôle dans notre société.

Il faut reconnaître l'anorexie et la boulimie au même titre que nous reconnaissons l'obésité et les autres problèmes physiques dans notre monde d'aujourd'hui. Ces maladies ont trait à la santé mentale, comme c'est l'objet de cette étude, parce que les personnes qui en sont touchées ne pensent pas de la bonne façon. Dès qu'elles commencent à présenter des troubles de l'alimentation, elles sont prises dans un cercle vicieux. Est-ce que c'est la dépression qui enclenche ce processus, ou si c'est parce que les gens sont vulnérables face à d'autres influences quant à l'alimentation, à ce qu'on voit aujourd'hui à la télévision, que 70 p. 100 des enfants regardent en grandissant, et à ce qu'on trouve sur Internet? Tout ce qu'on voit, ce sont des fillettes silhouettées comme si elles pesaient une once et photographiées de façon à avoir l'air encore plus mince.

J'ignore ce que vous pensez du plan national, de la relation entre santé mentale et santé physique, mais comme les Grecs disaient, un esprit sain dans un corps sain. Si on en faisait la promotion et qu'on établissait des liens, ça pourrait peut-être faire partie de cette étude. Je crois que c'est énorme, et c'est un problème énorme chez nos jeunes.

Mme Minaker : Oui, ça l'est. L'une des choses qui nous semblent très préoccupantes, c'est qu'une grande partie du système de santé publique s'est jointe aux médias dans leur campagne visant l'épidémie d'obésité. On a effectué un certain nombre d'études, subventionnées par des sociétés pharmaceutiques, pour documenter l'épidémie d'obésité. L'industrie de la mode et les médias y ont participé. Cela a vraiment eu un effet sur les soins que les gens reçoivent lorsqu'ils vont voir leur médecin de famille. Souvent, le médecin commence par parler du poids de la personne, surtout si cette personne se trouve être une jeune fille ou une femme. Je ne pourrais pas vous dire combien j'ai vu de gens être dévastés après avoir consulté leur médecin parce qu'on leur a dit qu'ils étaient obèses. Aujourd'hui, c'est presque comme une insulte raciale. C'est porteur des mêmes stigmates.

I want Heather to tell you about her reaction with a pediatrician who told a mom about a baby being overweight.

Ms. Dowling: This was an eight-month-old baby. The mom has only breastfed this baby, done nothing else — it could not have been eight months because you would start feeding solids around six months, so maybe it was a five- or six-month-old baby. It is a beautiful baby, gaining weight, great. However, the physician told the mom that this baby was too heavy. All she was doing was breastfeeding him. I was fairly horrified with the message that sends to people. The mom came to me and said, what should I do? I said, nothing, keep on going, this is all good. They will start walking and it will be fine.

Obesity is a problem and our physicians have to face that. It is a problem in our culture. We have to be careful how we do that. When you look at statistics, 80 per cent or 90 per cent of eating disorders begin with a diet. You have to be careful how you use language and what you tell kids. Obesity is more a problem of not getting up and doing something than it is about what you are eating.

Ms. Minaker: We know that diets are 90 per cent ineffective. People can lose weight initially and they gain it back. It is harder to lose it the next time. They revert to more extreme methods. Many of our young women, as you mentioned, have resorted to extreme methods to lose weight and control their eating, including a burgeoning use of crystal methamphetamines. We will reap a dire harvest of all the behaviours that women and men engage in to control their eating behaviours.

The Deputy Chairman: It is very interesting sitting here and listening to you. I have been guilty in my past career of pushing prevention programs aimed at normalization of body mass; in other words, normal height and weight ratios in young people. I have spent my life in cardiovascular disease and was pre-occupied with premature onset of arteriosclerosis and so forth. I must say that I did not appreciate perhaps some of the damage that was done with the rather brutal approach to the subject. There was no intent of being brutal, but it probably was.

Ms. Dowling: The reverse can also be true. Because you do not know where to go for help — you know you need help or you know as a parent that something is wrong — the first place you show up is your physician's, because where do you go? You do not know how to do this.

I know a number of girls who have gone to see the doctor, and the parents are worried that this child's eating is out of control and that they have a problem. They show up at the doctor's office, and doctors are like nurses: they are programmed and they weigh and measure things; that is what they do, and it works for them. However, the comments then are, you look great, you are

Je veux que Heather vous parle de la réaction qu'elle a eue lorsqu'elle a appris qu'un pédiatre avait dit à une mère que son bébé était obèse.

Mme Dowling : C'était un bébé de huit mois. La mère ne faisait qu'allaiter son bébé, elle ne lui donnait rien d'autre — il ne pouvait pas avoir huit mois, parce qu'on commence à donner des aliments solides vers six mois, donc, c'était peut-être un bébé de cinq ou de six mois. C'est un beau bébé, qui prend du poids, et tout va bien. Cependant, le médecin a dit à la mère que son bébé était trop gros. Tout ce qu'elle faisait, c'était l'allaiter. J'ai été totalement horrifiée de voir le message que ça véhicule aux yeux des gens. La mère est venue me voir et m'a dit : « Qu'est-ce que je devrais faire? » Je lui ai dit rien, continuez, c'est parfait. Il va commencer à marcher, et tout ira bien.

L'obésité est un problème, et nos médecins doivent y faire face. C'est un problème dans notre culture. Nous devons faire attention à ce que nous faisons. Lorsqu'on regarde les statistiques, on apprend que 80 ou 90 p. 100 des troubles de l'alimentation commencent par un régime alimentaire. On doit peser nos mots et faire attention à ce qu'on dit aux enfants. L'obésité tient davantage à l'inactivité qu'à ce qu'on mange.

Mme Minaker : Nous savons que, dans 90 p. 100 des cas, les régimes ne donnent rien. Les gens peuvent perdre du poids au début, et ensuite, ils le reprennent. Puis, la fois suivante, c'est plus dur de le perdre. Ils se tournent vers des méthodes plus extrêmes. Bon nombre de nos jeunes femmes, comme vous l'avez mentionné, ont recouru à des méthodes extrêmes pour perdre du poids et contrôler leur alimentation, notamment à des méthamphétamines en cristaux, qui sont de plus en plus populaires. Nous ne récolterons que des problèmes de tous les comportements qu'adoptent les femmes et les hommes pour maîtriser leur alimentation.

Le président suppléant : C'est très intéressant d'être ici et de vous écouter. Dans ma carrière antérieure, je me suis rendu coupable d'avoir mis de l'avant des programmes de prévention visant la normalisation de la masse corporelle; autrement dit, les ratios normaux taille/poids chez les jeunes. J'ai consacré ma vie au traitement des maladies cardiovasculaires, et j'étais préoccupé par l'apparition prématurée de l'athérosclérose, et ainsi de suite. Je dois dire que je n'étais peut-être pas conscient des dommages que pouvait causer mon approche plutôt brutale du sujet. Je n'avais pas l'intention d'être brutal, mais je l'ai probablement été.

Mme Dowling : Le contraire peut aussi être vrai. Comme on ne sait pas où aller pour obtenir de l'aide — vous savez que vous avez besoin d'aide, ou vous savez, en tant que parent, que quelque chose ne va pas — le premier endroit où vous allez, c'est chez votre médecin, parce que qu'y a-t-il d'autre? Vous ne savez pas comment vous y prendre.

Je connais un certain nombre de fillettes qui sont allées voir leur médecin. Les parents sont inquiets parce que leur enfant mange mal, et ils pensent qu'il y a un problème. Ils se présentent au cabinet du médecin, et les médecins sont comme les infirmières : ils sont programmés, et ils pèsent et mesurent les choses; c'est ce qu'ils font, et ça fonctionne pour eux. Cependant,

thin and you look good. To a girl on the edge of an eating disorder, yes she does but that is not at all helpful. It works both ways.

Senator Pépin: I have to admit the same thing for me. I knew there were eating disorders, but never the percentage that you said. You mentioned you believe it is 10 per cent; one third of all adolescent girls. You also mentioned use of the telehealth link and the Internet. I think it will be great and that has to be done, I agree with that. However, my worry is people who maybe do not have an income or a high income and cannot get the Internet. Maybe there is a group that we will have to think. I think it is very important and it should be there, but people with lower incomes maybe would not have that possibility.

Also, Madam, you said share ideas; a professional network of doctor, nurse, and counsellor should share ideas. Everywhere we go, when we speak about mental disorder, everybody says that we have to find a way for everybody to share information, work together and try to coordinate everything because nobody knows what the other group is doing. It is the same thing. I have to admit that I learned a lot today about eating disorders. I was not aware of that.

Ms. Dowling: I also think it is important for people who are treating eating disorders, because it is really hard. Part of the reason it is hard is because we are not particularly good at it. I do not think there are lots or really great studies. I think we are scratching the surface of how to treat an eating disorder. That is what I mean when I say I hope 20 years from now will be very different. For right now, the people who are treating eating disorders have to be able to connect with one another, because they too can feel lonely and alone, and that it is a frustrating, hard, long journey.

Senator Pépin: I agree.

Ms. Dowling: And it is.

Senator Gill: You say you have to wait ten months to get an appointment?

Ms. Dowling: The good news is, my daughter was really, really ill, and she probably topped the chart on the end you do not want to be at. One of the first doctors that we saw said to us, 97 per cent of girls never present as ill as she is. That is a really terrible thing; you do not want to hear that. The good news is, if she can get better, anybody can. This disease does not have to control you forever; you can get better. As I said, we were almost three years into it before anyone ever said that to me.

ensuite, ils disent : « Vous paraissez très bien, vous êtes mince, et vous êtes belle. » Pour une fille qui est sur le point de tomber dans un trouble de l'alimentation, oui, c'est le cas, mais ce n'est pas du tout utile. Ça fonctionne dans les deux sens.

Le sénateur Pépin : Je dois reconnaître la même chose, dans mon cas. Je savais qu'il y avait des troubles de l'alimentation, mais jamais selon le pourcentage que vous avez mentionné. Vous avez dit que, selon vous, ça s'élevait à 10 p. 100; le tiers des adolescentes. Vous avez parlé des systèmes de télésanté et d'Internet. Je crois que ce sera fantastique et qu'il faut le faire, et je suis d'accord avec ça. Cependant, ce qui m'inquiète, ce sont les gens qui, peut-être, n'ont pas de revenu ou n'ont pas un revenu élevé, et qui ne peuvent accéder à Internet. Il faudra peut-être penser à ce groupe. Je crois que c'est très important et que ça doit exister, mais les gens à faible revenu n'auront peut-être pas cette possibilité.

De plus, madame, vous avez dit qu'il faut mettre les idées en commun; un réseau professionnel de médecins, d'infirmières et de conseillers dont les membres pourraient mettre leurs idées en commun. Partout où nous allons, lorsqu'on parle de troubles mentaux, tout le monde dit qu'on doit trouver une façon pour que tout le monde mette l'information en commun, travaille ensemble et essaie de coordonner tout, parce que personne ne sait ce que l'autre groupe fait. C'est la même chose. Je dois reconnaître que j'en ai beaucoup appris aujourd'hui au sujet des troubles de l'alimentation. Je ne le savais pas.

Mme Dowling : Je crois également que c'est important pour les gens qui traitent les personnes souffrant de troubles de l'alimentation, parce que c'est vraiment difficile. C'est difficile, en partie, parce que nous ne sommes pas particulièrement bons dans ce domaine. Je ne pense pas qu'il y a beaucoup d'études ni d'études vraiment fantastiques. Je pense que nous ne faisons qu'effleurer la question du traitement d'un trouble de l'alimentation. C'est ce que je veux dire lorsque je dis que j'espère que ce sera très différent dans 20 ans. Pour l'instant, les gens qui traitent les personnes atteintes de troubles de l'alimentation doivent pouvoir communiquer entre eux, parce que eux aussi peuvent se sentir seuls, et penser que c'est une entreprise frustrante, difficile et longue.

Le sénateur Pépin : Je suis d'accord avec vous.

Mme Dowling : Et ça l'est.

Le sénateur Gill : Vous dites qu'il faut attendre dix mois pour obtenir un rendez-vous?

Mme Dowling : Ce qu'il y a eu de bon dans tout cela, c'est que ma fille était très, très malade, et qu'elle a probablement fracassé des records que personne ne voudrait même égaler. L'un des premiers médecins que nous avons consultés nous a dit que 97 p. 100 des filles ne tombent jamais aussi malades qu'elle l'était. C'est une chose vraiment terrible; c'est quelque chose qu'on ne veut pas entendre. Mais la bonne nouvelle, c'est que, si elle a pu prendre du mieux, c'est que tout le monde le peut. On ne reste pas nécessairement sous l'emprise de cette maladie toute sa vie; on peut aller mieux. Comme je l'ai dit, ça faisait presque trois ans qu'on vivait ça lorsqu'un a daigné m'en parler.

Senator Gill: Is it a new phenomenon?

Ms. Dowling: I do not think it is new.

The Deputy Chairman: It has been around for a very long time.

Ms. Dowling: Yes, I think it has been around for a long time. Manitoba Theatre for Young People did a production last fall called *Dying To Be Thin*; it was a one-woman play. They took it to high schools in the province, and there were 17,000 high school kids who saw it. You probably have heard about it. I talked to the actress that performed that, and she was amazing. It is in some ways a frightening play for me, because if you were sitting on the edge thinking, I might do this, there was enough information in that play that you could really do it well. When I talked to the girl who was the actress, she said, yes, the stuff in here is really scary, but girls who are coming up and telling me what they are doing to themselves is way worse than this. The really depressing part is, that play was written 17 years ago, and it is more relevant today than it was then, and that is frightening.

Ms. Minaker: There are documented cases of eating disorders centuries ago. Some of the Christian mystics probably had eating disorders, if we want to go back and look at that. There were women in the 1800s who would have their lower ribs surgically removed in order to have the wasp-waist look, so there have been body-image problems and eating disorders for hundreds of years, probably as long as people have existed.

What we are seeing now, we believe, is an explosion of eating disorders. Eating disorders have become normative behaviour in the junior-high and high-school populations at this point.

We know from hearing it from students that there are groups of girls who go to the bathroom to throw up together. That is way beyond my idea of togetherness, and it is not something that we want to promote. We know that there are 40 per cent of nine-year-old girls who say that they are on a diet. Nine year olds should not be thinking in terms of dieting. It is not healthy. We make it normative. They grow up with moms who say, my butt is too big and I will never get into this outfit. They learn that with their ABCs. We have to change that.

Senator Johnson: Was the first anorexic research not done on a 10-year-old boy?

Ms. Minaker: That could well be. I have not seen that particular piece.

Senator Johnson: Your information is so accurate. I have many nieces and nephews, and I know the kind of pressures they are under. Our emphasis in our family is healthy eating and working out. Of course, in the schools you do not have a chance to have a physical education program, and what is the parental responsibility? Are there any programs in Winnipeg or Manitoba?

Le sénateur Gill : Est-ce que c'est un nouveau phénomène?

Mme Dowling : Je ne pense pas qu'il soit nouveau.

Le président suppléant : Ça existe depuis très longtemps.

Mme Dowling : Oui, je crois que ça existe depuis longtemps. L'automne dernier, le Manitoba Theatre for Young People a présenté une pièce intitulée *Dying To Be Thin*. C'était le monologue d'une femme. On a présenté la pièce dans les écoles secondaires de la province, et 17 000 étudiants l'ont vue. Vous en avez probablement entendu parler. J'ai parlé à l'actrice qui jouait dans la pièce, et elle était sensationnelle. En un sens, ça a été une pièce effrayante pour moi, parce que si vous êtes au bord du précipice et que vous vous dites que vous pourriez faire cela, il y a assez d'information dans cette pièce pour vous permettre de bien faire les choses. Lorsque j'ai parlé à la fille qui était l'actrice, elle a dit : « Oui, ce que je dis fait vraiment peur, mais des filles viennent me voir, et ce qu'elles me disent se faire à elle-même est bien pire. » Ce qui est vraiment déprimant, c'est que cette pièce a été écrite il y a 17 ans, et qu'elle est plus pertinente aujourd'hui qu'elle l'était alors, et c'est effrayant.

Mme Minaker : Il existe des cas documentés de troubles de l'alimentation qui sont survenus il y a des siècles de cela. Certains mystiques chrétiens avaient probablement des troubles de l'alimentation. Nous pourrions faire une étude là-dessus. Au XIX^e siècle, des femmes se faisaient enlever les côtes inférieures afin d'avoir une taille de guêpe. Donc, les problèmes relatifs à l'image corporelle et les troubles de l'alimentation remontent à des centaines d'années, probablement au tout début de l'humanité.

Ce que nous voyons actuellement, selon nous, c'est une explosion de troubles de l'alimentation. Actuellement, les troubles de l'alimentation sont la norme chez les jeunes dans les écoles secondaires, au premier et au deuxième cycles.

Nous savons, pour l'avoir entendu de la bouche d'étudiants, que des groupes de filles vont aux toilettes pour se faire vomir ensemble. C'est loin de l'idée que je me fais de la solidarité, et ce n'est pas quelque chose que nous voulons promouvoir. Nous savons que 40 p. 100 des filles âgées de neuf ans disent suivre un régime. Les jeunes filles de neuf ans ne devraient pas penser à faire des régimes. Ce n'est pas sain. C'est devenu la normalité. Elles grandissent avec une mère qui dit : « Mon derrière est trop gros, et je n'entrerai jamais dans ce costume ». Elles apprennent ça comme elles apprennent l'alphabet. Nous devons changer cela.

Le sénateur Johnson : La première étude sur l'anorexie n'a-t-elle pas été effectuée auprès d'un garçon âgé de 10 ans?

Mme Minaker : Ça se pourrait bien. Je ne l'ai pas vue.

Le sénateur Johnson : Ce que vous dites est tellement vrai. J'ai beaucoup de nièces et de neveux, et je sais à quel point on leur met de la pression. Chez nous, on insiste sur la saine alimentation et l'activité physique. Bien sûr, dans les écoles, on n'a pas la chance d'avoir un programme d'éducation physique, et quelle est la responsabilité des parents? Y a-t-il des programmes à Winnipeg ou au Manitoba?

Ms. Dowling: For adolescents in Manitoba, the Health Sciences Centre has an adolescent daycare program. To meet the criteria, you have to be really sick and really want to get better, and that is a tough combination. You have to be there from eight in the morning until six in the evening. There is nowhere for you to be after that but that is difficult enough for someone in the city.

If you live in rural Manitoba, how do you make that happen? I know families where one parent has taken leave from their job, moved into the city, got an apartment, stayed here, and they are there for three to six months. There is a residential treatment centre just outside Brandon — their brochure is in your package — that is totally privately funded. They have increased their beds and doubled the size there. They get no public funding and their clients are mostly Americans, because to pay in the Canadian dollar what we charge here is really cheap for them.

Then, there is a centre at Bridgepoint in Milden, Saskatchewan. Saskatchewan, like Manitoba, has a lot of rural population, and that residential program works in modules. You come there for three weeks, you work through a whole lot of stuff, and you go back to your life. You access that as many times as you need to. That centre gets some funding from Saskatchewan Health. That is a program that I think works really well. Basing everything in the big cities does not help lots of us that do not live there.

Maybe if we get to the place where we can intervene sooner — my daughter was 11, if she could have had a counsellor to talk to and know what was going on — maybe we would never have gotten to the places we got to, and they were terrible places to be. Maybe there will always be people who wind up that sick and have to be in the hospital. When she was hospitalized in our local hospital, none of us thought that was making her well. We all knew we were just trying to keep her alive.

Ms. Minaker: We are working with the provincial eating disorders network here in Manitoba, developing a proposal for residential treatment. Along with that, we want to develop a traveling troop, a core team, who can go to all of the different Regional Health Authorities of Manitoba and train local caregivers on how to provide appropriate care and treatment early in an eating-disordered person's life. That way, they do not have to progress to be so sick that they can go to the tertiary care hospitals.

Right now in Manitoba there is nothing available for residential treatment for an adolescent. I believe there are three spaces available in the adult eating disorders program at the Health Sciences Centre. If we look at population statistics, there would be thousands of women alone, without counting men, in Manitoba needing treatment.

Mme Dowling : Pour les adolescents du Manitoba, le Centre des sciences de la santé offre un centre de jour pour les adolescents. Pour satisfaire aux critères, il faut être vraiment malade et vraiment vouloir s'en sortir, et c'est là une combinaison difficile. Il faut être là de 8 h le matin jusqu'à 6 h le soir. Après ça, il n'y a nulle part où aller, mais c'est déjà assez difficile comme ça pour quelqu'un qui vit en ville.

Si vous vivez dans une région rurale du Manitoba, comment vous y prenez-vous? Je connais des familles où un parent a pris congé du travail, est déménagé en ville, s'est pris un appartement, est resté là et a vécu là-bas pendant trois à six mois. Il y a un centre de traitement en résidence en banlieue de Brandon — sa brochure se trouve dans votre dossier —, et il est entièrement financé par le secteur privé. Il a augmenté le nombre de places et a doublé de taille. Il n'est pas financé par le secteur public, et ses clients sont en majeure partie des Américains, parce que ce qu'ils doivent payer en dollars canadiens, c'est très peu pour eux.

Ensuite, il y a un centre à Bridgepoint, à Milden, en Saskatchewan. En Saskatchewan, comme au Manitoba, beaucoup de gens vivent en région rurale. Ce programme résidentiel fonctionne par modules. Vous allez là pendant trois semaines, vous travaillez sur beaucoup de choses, et vous reprenez votre vie normale. Vous pouvez y aller autant de fois que vous en avez besoin. Ce centre reçoit du financement du ministère de la Santé de la Saskatchewan. C'est un programme, qui, selon moi, fonctionne très bien. Si on établit tous les programmes dans les grandes villes, ça n'aide pas un grand nombre d'entre nous, qui ne vivons pas en ville.

Si nous pouvons aller à l'endroit où on pourra intervenir plus tôt — ma fille avait 11 ans, si elle avait pu parler à un conseiller et savoir ce qui se passait — peut-être nous ne nous serions jamais rendus là où nous sommes allés, et c'était des endroits terribles. Peut-être qu'il y aura toujours des gens qui finiront par être aussi malades et qui devront aller à l'hôpital. Lorsqu'elle a été hospitalisée à l'hôpital de notre région, aucun d'entre nous n'a cru que cela l'aidait. Nous savions tous que nous essayions seulement de la maintenir en vie.

Mme Minaker : Nous travaillons avec le réseau provincial de lutte contre les troubles de l'alimentation, ici, au Manitoba, à élaborer une proposition de traitement résidentiel. En plus, nous voulons mettre sur pied une troupe itinérante, une équipe de base, qui pourra aller dans tous les offices régionaux de la santé du Manitoba et former des soignants locaux sur la façon de dispenser des soins et des traitements appropriés tôt dans la vie d'une personne qui est aux prises avec des troubles de l'alimentation. De cette façon, les gens ne se rendront pas malades au point où ils doivent aller dans les hôpitaux de soins tertiaires.

Actuellement, au Manitoba, les adolescents n'ont pas accès à des traitements en résidence. Je crois que le Centre des sciences de la santé n'offre que trois places dans son programme de traitement des troubles de l'alimentation des adultes. Si on regarde les statistiques démographiques, il y aurait au Manitoba des milliers de femmes, sans compter les hommes, qui ont besoin de traitement.

The Deputy Chairman: Unfortunately, we are running overtime. Thank you all very much, Jason, Roman, Heather and Ruth for being here.

The committee adjourned.

WINNIPEG, Tuesday, May 31, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:15 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Wilbert J. Keon (*Deputy Chairman*) in the chair.

[English]

The Deputy Chairman: Honourable senators, our first witness this afternoon is Christina Keeper from the Assembly of Manitoba Chiefs.

Ms. Christina Keeper, Suicide Prevention Envisioning Team, Assembly of Manitoba Chiefs: Senators, I would like to start by telling you that I am currently the chairperson of the Assembly of Manitoba Chiefs envisioning committee on suicide prevention. My background is as an actor. I became involved in the issue through the development of a theatre project for suicide prevention for Aboriginal youth in Manitoba in 1999, at which time we had enormous problems because of the lack of resources.

I am presenting the part of the report that we developed in the region with the envisioning committee. It is called "Towards a First Nations Suicide Prevention Strategy in Manitoba." We call it in Cree, Kanatan Pimatisiwin. And it reads, loosely translated "Speaks to the sanctity of life."

Introduction: The Assembly of Manitoba Chiefs' resolution of May 2003, no. 6, on First Nation youth suicide prevention, was passed by the Chiefs-in-Assembly. This resolution supported the activities undertaken by the Assembly of Manitoba Chiefs Youth Secretariat on suicide prevention as well as the proposal for a suicide prevention strategy for First Nations Manitoba.

The purpose of the project: The Manitoba First Nation suicide prevention project was undertaken to develop a Manitoba First Nation strategy and multi-year work plan that would impact on the lives of First Nations people so that suicide is not an option; to transform attitudes, policies and services to make this aim a collaborative effort between governments, organizations and individuals to develop prevention, intervention and postvention models for First Nations people.

The long-term process for Manitoba First Nations suicide prevention strategy is based on four cornerstones.

Le président suppléant : Malheureusement, nous n'avons plus de temps. Merci beaucoup à vous tous, Jason, Roman, Heather et Ruth, d'être ici.

La séance est levée.

WINNIPEG, le mardi 31 mai 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 15 afin d'examiner divers sujets concernant la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Wilbert J. Keon (*vice-président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le vice-président : Honorables sénateurs, notre premier témoin cet après-midi est Christina Keeper, de l'Assemblée des chefs du Manitoba.

Mme Christina Keeper, Équipe de la prévention du suicide, Assemblée des chefs du Manitoba : Sénateurs, j'aimerais commencer par préciser que je suis actuellement vice-présidente du Comité de la prévention du suicide de l'Assemblée des chefs du Manitoba. Je suis comédienne de formation et je me suis intéressée à cette question en 1999, lorsque j'ai travaillé à un projet de théâtre pour la prévention du suicide ciblant les jeunes Autochtones du Manitoba. À l'époque, nous avions énormément de problèmes, en raison du manque de ressources.

Je vous présente la partie du rapport que nous avons rédigé dans la région avec le comité de prévention. Le rapport s'intitule « Towards a First Nations Suicide Prevention Strategy in Manitoba ». En cri, on l'appelle Kanatan Pimatisiwin, ce qui signifie plus ou moins « Le caractère sacré de la vie ».

Introduction : Les chefs ont adopté en mai 2003 la Résolution n° 6 de l'Assemblée des chefs du Manitoba concernant la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations. Cette résolution appuyait les activités entreprises par le Secrétariat jeunesse de l'Assemblée des chefs du Manitoba relativement à la prévention du suicide, ainsi que la proposition concernant une stratégie de prévention du suicide pour les Premières nations du Manitoba.

Objectif du projet : Le projet de prévention du suicide chez les Premières nations du Manitoba avait pour objectif d'élaborer une stratégie destinées aux Premières nations du Manitoba, ainsi qu'un plan d'action pluriannuel visant à influencer les habitants des Premières nations afin que le suicide ne soit plus une option; à transformer les attitudes, les politiques et les services afin de mobiliser dans cette direction les efforts des gouvernements, des organisations et des particuliers pour élaborer des modèles de prévention, d'intervention et de postvention pour les Premières nations.

Le processus à long terme de la stratégie de prévention du suicide chez les Premières nations du Manitoba s'appuie sur quatre piliers.

1. An envisioning team comprised of Elders, facilitators, specialists, front-line workers and youth to guide the process.
2. A framework for information and knowledge that is appropriate, comprehensive, available and accessible.
3. A strategy that ensures and develops the ability of communities, organizations and individuals to use the information and knowledge effectively.
4. Infrastructure that facilitates the information and communication.

The research was conducted by the project manager/researcher, including a literature review, interviews, site visits and consultation with the Assembly of Manitoba Chiefs Youth Suicide Prevention Coordinator. The group discussions on the research findings laid the foundation for the suicide prevention strategy and the multi-year work plan.

The envisioning committee was comprised of First Nations individuals from Manitoba and included a psychologist; a BHC coordinator, that is the Building Healthy Communities program; a professor of social work at the University of Manitoba; a community development worker who is also an Elder; a survivor, Mite'win, Sun-dancer, Pipe-carrier, who is also an Elder; the administrative assistant to the Director of Programs for the Manitoba First Nations Education Resource Centre; the Manitoba Youth Suicide Prevention Coordinator with the Assembly of Manitoba Chiefs; the Executive Director of the Manitoba First Nations Youth Secretariat of the Assembly of Manitoba Chiefs; and an educator.

The envisioning committee's statements: That First Nation programs and services must be culturally relevant and therefore must be developed and delivered by First Nation people with the cultural understanding and qualifications necessary. That the strategy must address the concepts of our traditional world view, which affirms the interconnectedness of all life, must affirm that suicide is not traditional to our people, and must affirm a grieving people related to the efforts of colonization that First Nations have endured.

The background: Most of the current research speaks to the elevated risk and contributing factors for suicide within the First Nations population and makes specific recommendations; however, there continues to be a serious lack of appropriate resources to address this issue either at a regional or local level. Neither Canada nor Manitoba has a federal or provincial policy to address the issue of suicide.

Due to the elevated level of risk, First Nations require specialized resources and expertise on prevention, intervention and postvention.

1. Une équipe de prospective composée d'anciens, de facilitateurs, de spécialistes, de travailleurs de première ligne et de jeunes chargée de guider le processus.
2. Un cadre d'information et de connaissances approprié, complet, disponible et accessible.
3. Une stratégie visant à garantir et développer la capacité des collectivités, des organisations et des particuliers à utiliser l'information et les connaissances de manière efficace.
4. Une infrastructure qui facilite l'information et la communication.

Le directeur de projet/chercheur a dirigé la recherche, y compris l'examen des documents d'étude, la réalisation des entrevues, des visites sur place et des consultations avec le coordonnateur de la prévention du suicide de l'Assemblée des chefs du Manitoba. Les résultats des recherches ont fait l'objet de discussions qui ont permis de jeter les bases de la stratégie de prévention du suicide et du plan d'action pluriannuel.

Le comité de prospective regroupait des membres des Premières nations du Manitoba et comprenait un psychologue, un coordonnateur du programme Pour des collectivités en bonne santé; un professeur de sciences sociales à l'Université du Manitoba; un travailleur de développement communautaire qui est également un ancien; un survivant, Mite'win, pratiquant de la danse du soleil, gardien du calumet, qui est également un ancien; l'adjoint administratif du directeur des programmes du Centre de ressources éducatives des Premières nations du Manitoba; le coordonnateur de la prévention du suicide chez les jeunes du Manitoba auprès de l'Assemblée des chefs du Manitoba; le directeur général du Secrétariat jeunesse des Premières nations du Manitoba de l'Assemblée des chefs du Manitoba; et un éducateur.

Déclarations du comité de prospective : Les programmes et services destinés aux Premières nations doivent être culturellement adaptés et par conséquent élaborés et dispensés par des gens des Premières nations ayant les connaissances culturelles et les qualifications nécessaires. La stratégie doit prendre en compte les principes de notre vision du monde traditionnel selon laquelle tout est relié dans la vie, doit affirmer que le suicide n'est pas traditionnel dans notre peuple et doit faire connaître la souffrance vécue par les représentants des Premières nations qui ont subi les efforts de colonisation.

Le contexte : La plupart des recherches actuelles révèlent le risque élevé et les facteurs qui contribuent au suicide parmi la population des Premières nations et proposent des recommandations précises; les ressources nécessaires pour examiner cette question soit au niveau régional, soit au niveau local, continuent de faire gravement défaut. Ni le gouvernement fédéral, ni le gouvernement du Manitoba n'ont une politique d'examen de la question du suicide.

Le risque étant particulièrement élevé chez les Premières nations, il est indispensable de consacrer des ressources et des compétences spécialisées à la prévention, à l'intervention et à la postvention.

The research for this report included a literature review, a model review and Elder teachings.

The literature review included numerous strategies, programs, models and reports related to suicide prevention from Canada, the United States, Australia and New Zealand.

The model review was of the Jicarilla Apache Nation Mental Health and Social Services Program. This model was chosen as it had been recognized as a recommended program in two recent Canadian reports; *Acting on what we know: Preventing Youth Suicide in First Nations* and *Suicide Prevention and Mental Health Promotion in First Nations and Inuit Communities*.

The third component of the review is First Nations Elders' teachings as they relate to suicide. The teachings came in the form of oral tradition and are also delivered in an excerpt from a speech in 1989 by Tobasonakut Kinew entitled "Healing Our Own, Our Traditions Speak to Us Today."

The Elders on the envisioning committee provided spiritual support, guidance based on their own experience as survivors, and traditional knowledge of their cultures. They said, "To address this great problem requires great effort. It is our purpose in this world to preserve life, and suicide is not traditional to our people."

Key considerations out of the report were that the mental health framework may be a viable one for addressing suicide in the general population, but for First Nations the framework requires expansion for a working understanding of the historical context of First Nations' heightened level of risk; enhancement of models to reflect the cultural context of First Nations and to examine the population-level protective factors, including cultural and spiritual values, knowledge and practice and Elders' knowledge.

Key considerations also include that the rate of suicide for First Nations is not subsiding — a sustained effort in commitment and funding is required. This must be for First Nations by First Nations, including development, implementation and advocacy. Research must be initiated by or in partnership with First Nations. Research must include parasuicide. Suicidal behaviours are significant risk factors. Suicide and parasuicide are inextricably linked to attempts to colonize of First Nations. This is manifest as historical trauma.

First Nations' history and culture must be the context for addressing suicide rates and suicide prevention strategies. First Nations in the Manitoba region must be supported in their response to the issue of suicide.

Les recherches qui ont précédé la rédaction du présent rapport se sont appuyées sur la documentation existante, un examen des modèles et les enseignements des anciens.

La documentation consultée comprend un grand nombre de stratégies, programmes, modèles et rapports concernant la prévention du suicide en provenance du Canada, des États-Unis, d'Australie et de Nouvelle-Zélande.

Le modèle examiné était le programme de santé mentale et des services sociaux de la nation apache Jicarilla. Ce modèle a été retenu étant donné qu'il avait été reconnu et recommandé par deux récents rapports canadiens : *Agir selon ce que nous savons : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations* et *Prévention du suicide et promotion de la santé mentale chez les Premières nations et les communautés inuites*.

Le troisième volet de l'étude concerne les enseignements des anciens des Premières nations en ce qui a trait au suicide. Ces enseignements nous sont transmis par la tradition orale et sont également évoqués dans un extrait d'un discours prononcé en 1989 par Tobasonakut Kinew intitulé « Healing Our Own, Our Traditions Speak to Us Today ».

Les anciens du comité de prospective ont fourni un soutien spirituel, des conseils basés sur leur propre expérience de survivants et les connaissances traditionnelles de leurs cultures. Ils nous ont dit : « Il ne faut ménager aucun effort pour s'attaquer à ce grave problème. Notre mission dans ce monde est de préserver la vie et le suicide est étranger à la tradition de notre peuple. »

Les principales constatations du rapport ont été les suivantes : le cadre de la santé mentale peut peut-être s'avérer efficace pour lutter contre le suicide dans le grand public, mais, dans le cas des Premières nations, il faut tenir compte dans la pratique du risque plus élevé auquel ont été soumises historiquement les Premières nations; renforcer les modèles afin de refléter le contexte culturel des Premières nations et examiner les facteurs de défense au sein de la population, y compris les valeurs, connaissances et pratiques culturelles et spirituelles, ainsi que les connaissances des anciens.

Le rapport note également que le taux de suicide chez les Premières nations ne diminue pas — un effort soutenu avec engagement et financement, est nécessaire. Cela doit se faire nation par nation, y compris pour les étapes de l'élaboration, de la mise en œuvre et de la promotion. La recherche doit être lancée par les Premières nations ou avec leur collaboration. La recherche doit porter sur le parasuicide. Les comportements suicidaires sont des facteurs de risque importants. Le suicide et le parasuicide sont inévitablement liés aux tentatives de colonisation des Premières nations. Il s'agit là d'un traumatisme historique manifeste.

La lutte contre le suicide et les stratégies de prévention du suicide doivent prendre en compte le contexte historique et culturel des Premières nations. Les Premières nations de la région du Manitoba méritent d'être appuyées dans leur démarche de lutte contre le suicide.

The strategy:

1. Establish a First Nations wellness resource centre to address suicide prevention.
2. Promote awareness of the context of suicide in the First Nations population.
3. Promote awareness on suicide prevention as a critical issue in First Nation communities.
4. Establish a network for national/regional political representation and advocacy.
5. Develop mechanisms to secure resources for the suicide prevention strategy.
6. Increase the availability of resources on suicide prevention relevant to First Nations.
7. Train professional and support personnel about suicide prevention and First Nations cultures.
8. Promote and support research on suicide and suicide prevention related to First Nations people.

Recent and current activities of the Assembly of Manitoba Chiefs envisioning committee in 2005 include a suicide prevention workshop in partnership with NAHO, the National Aboriginal Health Organization, and the Treaty 3 area; a population health/indigenous methodology research partnership with Dr. Chris Lalonde, University of Victoria, and the Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research at the University of Manitoba.

We have a current commitment from the assistant deputy minister of FNIHB to fund the AMC suicide prevention initiatives. That includes the AMC Youth Secretariat and the Manitoba First Nations Education Resource Centre.

No decisions will be made without the full participation of the Assembly of Manitoba Chiefs on the proposed upstream investment in youth suicide prevention.

Mr. Jason Whitford, Coordinator, Youth Council, Assembly of Manitoba Chiefs: Good afternoon. Thank you for the opportunity to be here and present to the committee. I am an Ojibway member of Sandy Bay First Nation, born and raised here in Winnipeg. I am also a father of two children.

I have been with the Assembly of Manitoba Chiefs for close to eight and a half years. For approximately 10 years, I have been working with First Nations young people to create opportunities and implement strategies to address the numerous issues, one of which is suicide.

Unfortunately, this issue has directly impacted me. I lost a brother a little over 11 years ago. My brother would have been 26 now. Amanda also shares that personal experience. She lost a brother, too.

La stratégie :

1. Établir un centre de mieux-être des Premières nations, afin d'assurer la prévention du suicide.
2. Sensibiliser la population des Premières nations au contexte du suicide.
3. Présenter la prévention du suicide comme une question importante dans les collectivités des Premières nations.
4. Établir un réseau pour la représentation et la promotion politique à l'échelle nationale et régionale.
5. Mettre au point des mécanismes permettant de recueillir les ressources nécessaires pour l'application d'une stratégie de prévention du suicide.
6. Faciliter l'accès aux ressources en matière de prévention du suicide utiles aux Premières nations.
7. Former le personnel professionnel et de soutien à la prévention du suicide et aux diverses cultures des Premières nations.
8. Promouvoir et appuyer la recherche sur le suicide et la prévention du suicide adaptée au contexte des Premières nations.

Les activités récentes et actuelles du comité de prospective de l'Assemblée des chefs du Manitoba en 2005 sont un atelier sur la prévention du suicide en partenariat avec l'ONSA, l'Organisation nationale de la santé autochtone, et la région visée par le Traité n° 3; un partenariat de recherche sur la santé de la population/méthodologie indigène avec Chris Lalonde, de l'Université de Victoria, et le Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research à l'Université du Manitoba.

Le sous-ministre adjoint de la DGSPNI s'est engagé à financer les initiatives de prévention du suicide mises en œuvre par l'Assemblée des chefs du Manitoba. Cet engagement englobe le Secrétariat jeunesse de l'ACM et le Manitoba First Nations Education Resource Centre.

Aucune décision ne sera prise sans la participation intégrale de l'Assemblée des chefs du Manitoba sur le projet d'investissement en amont dans la prévention du suicide chez les jeunes.

M. Jason Whitford, coordonnateur du Conseil de la jeunesse, Assemblée des chefs du Manitoba : Bonjour. Merci de m'avoir donné la possibilité de venir présenter mon témoignage au comité. Je suis un Ojibwa membre de la Première nation de Sandy Bay. Je suis né et j'ai grandi ici à Winnipeg. Je suis père de deux enfants.

Je suis membre de l'Assemblée des chefs du Manitoba depuis près de huit ans et demi. Pendant une dizaine d'années, j'ai travaillé avec les jeunes des Premières nations afin de créer des débouchés et de mettre au point des stratégies visant à aborder de nombreux problèmes, notamment le suicide.

J'ai été touché personnellement, puisque j'ai perdu un frère il y a un peu plus de 11 ans. Il aurait eu 26 ans aujourd'hui. Amanda a vécu personnellement la même épreuve et a perdu elle aussi un frère.

Amanda and I and Kathy are suicide prevention trainers. We do the assist training. We have been doing that for approximately two years now. In the youth department, this is one of a number of activities that we carry forward in the Manitoba region. As you know, the First Nation population is growing very fast and the youth are very diverse. There are a lot of them out there.

Some of the other work the youth department engages in is summer employment. We have done that for the past six years — youth internships, creating employment opportunities for youth; traditional activities, providing and creating and promoting the traditional values and teachings. We have done consultations on the topic of the Winnipeg Police Service and the RCMP, trying to bridge the gap between the youth and the police, workplace safety, and again suicide prevention.

Let's just step back a little. About three years ago, we did some consultations on the National Aboriginal Youth Strategy and the nine priority areas that were identified. In a sense, we held similar hearings. We went throughout Manitoba, urban and rural areas, and we talked to a total of 900 youth, First Nations, Metis, and I think there was one Inuit. We asked them what their priorities were under those nine topics and under the category of health. The most prevalent issue was suicide and the youth saw that as an area that needed immediate attention.

The second area that received the highest attention was the need for recreation, the need for on-reserve recreation and resource facilities for youth.

We presented also to the committee on urban Aboriginal affairs two years ago. We hosted the standing committee at one of our offices and we were identified in the report as demonstrating best practice. That was an honour. It is good to receive recognition.

In addition to that, I just want to say that of the close to 300 people we have met with and talked to about suicide prevention, probably 95 per cent had had suicide directly impact their family or a close friend.

When working with the mainstream, it was the reverse. It was probably 10 per cent who had a family member or a close friend die by suicide. Therefore, it is a very serious issue that needs to be addressed. With that, I will turn it over to Amanda to talk about some of the other work.

Ms. Amanda Meawasige, Youth Council, Assembly of Manitoba Chiefs: I am an Ojibway member from Eagle Lake First Nation in Ontario. I have been working with the Assembly of Manitoba Chiefs and the Youth Secretariat as the Suicide Prevention Coordinator for about a year now.

I think the youth department is unique in its approach to developing youth suicide programs. We tried to develop a holistic approach to addressing this issue that will hopefully engage

Amanda, Kathy et moi sommes formateurs en matière de prévention de suicide. Depuis environ deux ans maintenant, nous faisons de la formation à l'assistance. C'est une des nombreuses interventions que nous faisons auprès des jeunes dans la région du Manitoba. Comme vous le savez, la population des Premières nations connaît une croissance très rapide et la population de jeunes est très diversifiée. Les jeunes sont très nombreux.

Le département jeunesse s'occupe également des emplois d'été. Depuis six ans, nous proposons des stages aux jeunes, nous créons des emplois pour eux, nous présentons des activités traditionnelles, nous transmettons les valeurs et les enseignements traditionnels. Nous avons pris part à des consultations sur le service de police de Winnipeg et la GRC, afin de tenter de combler le fossé entre les jeunes et la police, d'améliorer la sécurité sur les lieux de travail et, encore une fois, de promouvoir la prévention du suicide.

Permettez-moi de revenir un peu en arrière. Il y a environ trois ans, nous avons participé à des consultations sur la Stratégie nationale des jeunes Autochtones et identifié les neuf secteurs prioritaires. Dans un sens, nous avons organisé des auditions semblables. Nous avons parcouru toutes les régions urbaines et rurales du Manitoba et nous avons parlé en tout à 900 jeunes des Premières nations ou des Métis et je pense qu'il y avait même un Inuit. Nous leur avons demandé quelles étaient leurs priorités dans les neuf catégories examinées et dans le domaine de la santé. Le suicide était la plus grande préoccupation et les jeunes considéraient que ce problème méritait une attention immédiate.

Le second domaine le plus souvent signalé était le besoin de loisirs, d'installations et de ressources de loisirs pour la jeunesse dans les réserves.

Il y a deux ans, nous avons également témoigné devant le Comité des affaires urbaines autochtones. Nous avons accueilli le comité permanent dans un de nos bureaux et le rapport nous a cités pour notre pratique exemplaire. Ce fut un honneur pour nous. C'est bon d'être reconnus.

Par ailleurs, parmi les 300 personnes environ que nous avons rencontrées pour parler de prévention du suicide, environ 95 p. 100 avaient été directement touchées dans leur famille ou parmi leurs amis.

Par contre, dans la société en général, c'est le contraire. Le suicide touche probablement 10 p. 100 de la population générale par la perte d'un membre de la famille ou d'un ami proche. Par conséquent, c'est un problème très grave qu'il faut absolument examiner. Cela étant dit, je laisse la parole à Amanda qui va vous parler d'autres types d'interventions.

Mme Amanda Meawasige, Conseil de la jeunesse, Assemblée des chefs du Manitoba : Je suis une Ojibwa membre de la Première nation de Eagle Lake, en Ontario. Je travaille avec l'Assemblée des chefs du Manitoba et le Secrétariat jeunesse comme coordonnatrice de la prévention du suicide, depuis un an maintenant.

Je pense que le département jeunesse est unique dans son approche pour la mise en place de programmes de prévention du suicide chez les jeunes. Pour aborder le problème du suicide, nous

youth, because that is who this issue affects most critically. That is the target audience of all of our programming, in that we want to engage youth, who are the fastest growing segment of the population. Soon, these young people will be going through the at-risk years and this problem will continue to grow.

That is the basis of our training. We want to train young people to be helpers to other young people, because research indicates that when young people are at risk of suicide, they are most likely to go to a friend rather than an adult or a teacher.

We have done a five-day pilot program in the community. Included in this training was asset mapping to help communities sort out the roles and responsibilities of different agencies so that they can collaborate and coordinate services better as well as identify gaps in existing services.

Are you aware of the NADA program, the national Aboriginal drugs and alcohol program? That is with the BFI, the Brighter Futures Initiative. In case you are not aware, the BFI and the BHC workers at the community level are responsible for the entire mental health mandate of First Nations. They are intended to support community-based activities within a community development framework that fosters the well-being of First Nation children, families and communities. It covers the areas of mental health, child development, parenting, healthy babies and injury prevention. Its objectives are to increase awareness and improve knowledge and skills in those areas for front-line workers and community members; to provide opportunities to improve health services and develop community-based model projects; to address health problems affecting children and families in a community-based, holistic and integrated manner; to improve the health of children by facilitating the prevention and early detection of health problems; to support community development and ensure integrated and coordinated health care for children and families in a human service sector.

Currently, the BFI, BHC workers are responsible for the mental health mandate and that is their job description, which is very broad. That creates a lot of confusion at the community level with regards to service delivery.

The other issue is that all of the work that we engage in starts with the belief that the strengths are found in communities and we have to work with existing resources to further build capacity at that level for them to be self-sustaining.

avons tenté de mettre au point une approche holistique qui touchera je l'espère les jeunes qui sont le plus directement concernés par le suicide. Les jeunes sont le public cible de tous nos programmes. Nous voulons toucher les jeunes qui représentent le segment de la population dont la croissance est la plus rapide. Bientôt, ces jeunes atteindront l'âge où ils sont le plus vulnérables et le problème continuera de prendre de l'ampleur.

Voilà essentiellement la base de notre formation. Nous voulons former les jeunes afin qu'ils puissent venir en aide aux autres jeunes. En effet, les recherches indiquent qu'un jeune songeant au suicide s'adressera plus volontiers à un ami qu'à un adulte ou à un enseignant.

Nous avons organisé un programme pilote de cinq jours dans la collectivité. Dans le cadre de cette formation, nous avons répertorié les ressources pour aider les collectivités à définir les rôles et les responsabilités des différents organismes afin qu'ils puissent collaborer et mieux coordonner leurs services ainsi qu'identifier les lacunes dans les services existants.

Connaissez-vous le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones? Ce programme relève de l'initiative Grandir ensemble. Au cas où vous ne seriez pas au courant, les travailleurs de Grandir ensemble et du programme Pour des collectivités en bonne santé assument entièrement la responsabilité du mandat de santé mentale des Premières nations. Ils sont censés appuyer les activités communautaires à l'intérieur d'un cadre de développement communautaire qui encourage le bien-être des enfants, des familles et des collectivités des Premières nations. Ce cadre englobe le secteur de la santé mentale, du développement de l'enfant, du rôle parental, de la santé des bébés et de la prévention des blessures. Ses objectifs consistent à sensibiliser la population et renforcer les connaissances et les aptitudes des travailleurs de première ligne et des membres de la collectivité dans ces domaines; à offrir des possibilités d'améliorer les services de santé et à mettre en place des projets modèles dans la collectivité; à aborder de façon communautaire, holistique et intégrée les problèmes de santé touchant les enfants et les familles; à améliorer la santé des enfants en facilitant la prévention et la détection précoce des problèmes de santé; à appuyer le développement communautaire et à assurer des soins de santé intégrés et coordonnés pour les enfants et la famille dans un secteur des services sociaux.

Actuellement, les travailleurs de Grandir ensemble et du programme Pour des collectivités en bonne santé sont chargés du mandat de la santé mentale. C'est inscrit dans leur description de tâches qui est très vaste. C'est à l'origine d'une grande confusion au niveau communautaire en matière de prestation des services.

D'autre part, tout le travail que nous entreprenons repose sur la conviction que les collectivités disposent du potentiel nécessaire et que nous devons travailler avec les ressources existantes afin d'augmenter les capacités pour aider les collectivités à être autosuffisantes.

Ms. Kathleen McKay, Youth Council, Assembly of Manitoba Chiefs: Good afternoon. I am Cree and Ojibway from Nisichawayasihk Cree Nation and Pine Creek. I have been working with the Assembly of Manitoba Chiefs for almost two years, but I have also been involved for a few years as a member of the regional youth council, where I represented Manitoba at the national level at the Assembly of First Nations.

My involvement has primarily been in youth leadership development as a mechanism for suicide prevention. Suicide has been our focus because the ultimate result of a suicide has the largest impact, that is, the loss of a life. When we talk about mental health, suicide is the worst-case scenario. We all agree that there have to be several approaches to prevent that.

Jason talked about intervention, that we are all trained in applied suicide intervention skills, so that is one component. A second component is youth leadership development, and that has to do with the revitalization of culture and reclaiming our cultural identities as young people.

We had the opportunity to partner with the Assembly of First Nations Health Secretariat and Youth Council last year to develop a curriculum based on the four components of personal well-being — physical, mental, emotional and spiritual. Out of that, we developed a 20-day training model.

That was another approach to providing a suicide prevention strategy, where we were addressing a lot of the mental health issues that are prevalent in our communities, such as depression, low self-esteem, identity issues, drugs and alcohol.

Speaking of suicide prevention, when we talk about our approaches and our goals on suicide prevention, we are also addressing a lot of other social issues such as crime, such as addictions. We are promoting healthy living for First Nations, but not just First Nations; we do work with everybody. That is all I have to say. Thanks.

Senator Gill: I am from a reserve in Quebec. I am from the Innu Nation close to the Cree in the North. I was born and grew up on the reserve and I am still living there.

I read the report from Amnesty International talking about the women here. It is a good report, but it is not good news about the women. Also, last night I went onto the street right there. To be frank with you, I think the situation is not improving at all from an outsider's viewpoint.

This morning, for example, I asked a question of some people about their perception as a non-native, to see what is going on with the Aboriginal people and how they feel about themselves. As you mentioned, the problem of suicide is increasing, the population is increasing. However, I think the population is also leaving the reserve and coming more and more to Winnipeg. What is your first reaction to that? I would like to know. Will it be for the better or for the worse?

Mme Kathleen McKay, Conseil de la jeunesse, Assemblée des chefs du Manitoba : Bonjour. Je suis une Crie et Ojibwa de la nation crie Nisichawayasihk et de Pine Creek. Cela fait près de deux ans que je travaille avec l'Assemblée des chefs du Manitoba, mais j'ai également été pendant quelques années membre du conseil régional pour la jeunesse où je représentais le Manitoba au niveau national à l'Assemblée des Premières nations.

Mon rôle consiste essentiellement à former de jeunes leaders en guise de mécanisme de prévention du suicide. Nous avons pris le suicide pour cible, étant donné que la conséquence ultime du suicide est la plus grave, puisqu'elle équivaut à la perte d'une vie. Dans le domaine de la santé mentale, le suicide est le pire scénario. Nous reconnaissons qu'il existe plusieurs approches en matière de prévention du suicide.

Jason a parlé de l'intervention, mentionnant que nous avons tous reçu la formation nécessaire pour appliquer nos compétences de lutte contre le suicide. C'est là un premier élément, le deuxième étant la formation de jeunes leaders par la revitalisation de la culture et la reconquête de leur identité culturelle par les jeunes.

L'an dernier, nous avons eu l'occasion de collaborer avec le Secrétariat de la santé et le Conseil pour la jeunesse de l'Assemblée des Premières nations afin d'élaborer un programme fondé sur les quatre éléments du bien-être personnel — physique, mental, émotionnel et spirituel. Cette collaboration nous a permis de mettre au point un modèle de formation de 20 jours.

C'était une autre façon d'offrir une stratégie de prévention du suicide en abordant de nombreux aspects de la santé mentale tels que la dépression, la mauvaise estime de soi, les questions d'identité, les drogues et l'alcool que l'on rencontre souvent dans nos collectivités.

La prévention du suicide nous permet aussi d'aborder, lorsque nous présentons nos approches et nos buts, divers autres aspects sociaux tels que la criminalité ou la toxicomanie. Nous faisons la promotion d'un mode de vie sain pour les Premières nations, mais pas seulement pour les Premières nations; notre message s'adresse à tous. C'est tout ce que j'avais à dire. Merci.

Le sénateur Gill : Je viens d'une réserve du Québec. Je suis de la nation innue, proche des Cris du Nord. Je suis né et j'ai grandi dans une réserve et c'est là que je vis encore.

J'ai lu le rapport d'Amnistie internationale au sujet des femmes d'ici. Le rapport est excellent, mais ce n'est pas de bonnes nouvelles pour les femmes. Hier soir, je me suis aussi promené dans la rue. Pour être franc avec vous, je ne pense pas que la situation s'améliore, tout au moins du point de vue d'un observateur de l'extérieur.

Ce matin, par exemple, j'ai demandé à des non-Autochtones quelle était leur perception afin de comprendre ce qui se passe avec les Autochtones et ce qu'ils pensent d'eux-mêmes. Comme vous l'avez mentionné, le problème du suicide est de plus en plus grave et la population augmente. Cependant, je crois aussi que les Autochtones quittent les réserves et s'installent de plus en plus à Winnipeg. J'aimerais savoir comment vous réagissez à cette situation. D'après vous, est-ce positif ou négatif?

Ms. Meawasige: Just to give a little clarification, the problem will get worse with people making a transition from a reserve to the urban centre. Currently, the chief medical examiner's office does not determine race in an urban setting. The determination is made through postal codes right now. We know that there are First Nation deaths when we see First Nations postal codes. However, when there are deaths in, say, Thompson, Brandon and Winnipeg, in an urban setting, we do not know how many are Aboriginal. They do not determine race. That is something that needs to be looked at before we can say the problem is getting worse. We need to look at the data collection.

There are ways of working around that through combining databases with INAC for registered status Indians to clarify that situation. Before we look at the problem, I think we have to address the data collection in getting our needs appropriately represented.

Ms. Keeper: As I mentioned, we found in our research the special report that the RCAP put out in 1994, which called for a 10-year campaign in Canada to address the crisis on suicide; 10 years later, we are at a worse place than we were in 1994.

One of the issues that we have been dealing with here in the region is lack of funding, lack of cooperation with FNIHB to address this issue. The answer is that there is a deficit, there is no funding available. In fact, the AMC Youth Secretariat is one of the two readily available resources for suicide prevention in the region. I commend them for the role that they have taken on, because as an adult, I feel that this is not a role that the youth should have to participate in. It is far too great a burden for a youth secretariat. Yet they do it because they care. They know what their peers are saying; they know what their peers are dealing with. We have all lost a loved one to this issue. They are motivated in a way and work in a way they should not have to, and yet, FNIHB pulled their funding.

In that vein, I would like to talk about the Chandler-Lalonde study which, for those who are not aware of it, was released in 2002, I believe. One of the basic premises in the Chandler-Lalonde study on suicide in the Aboriginal community or First Nations, specifically in B.C., was that the greater the number of elements that a community has control over correlates directly with a decline in youth suicide rates. In fact, they found eight factors. If a community has control over those eight factors, they will not have a youth suicide problem. The study was over a 14-year period.

The envisioning team is now a co-investigator with Chris Lalonde on trying to do a study here, looking at how we can broaden it, at suicidal behaviours and all of that. In that

Mme Meawasige : J'aimerais apporter une petite précision. Le problème ne fait que s'aggraver lorsque les gens quittent les réserves pour s'installer dans un centre urbain. À l'heure actuelle, le bureau du médecin légiste en chef ne fait pas mention de la race dans les cas de suicide en milieu urbain. Actuellement, c'est le code postal qui permet d'obtenir ces informations. Le code postal nous permet de déterminer si le décès concerne un membre d'une Première nation. Cependant, lorsque les décès surviennent par exemple à Thompson, Brandon et Winnipeg, dans un milieu urbain, il n'y a aucun moyen de savoir combien d'Autochtones sont concernés. La race n'est pas précisée. Voilà un aspect que nous devons régler avant de pouvoir dire que le problème s'aggrave. Nous devons modifier la collecte des données.

Il y a moyen de contourner le problème et d'obtenir un tableau plus précis de la situation en combinant les bases de données avec celles d'AINC concernant les Indiens inscrits. Avant de nous attaquer au problème, je pense que nous devons nous pencher sur la collecte des données pour que nos besoins soient correctement représentés.

Mme Keeper : Comme je l'ai mentionné, nous avons consulté au cours de nos recherches le rapport spécial publié en 1994 par la CRPA qui proposait la mise en place d'une campagne de 10 ans au Canada pour régler la crise du suicide; 10 ans plus tard, la situation est pire qu'en 1994.

Un des obstacles que nous avons rencontrés dans la région est le manque de fonds, le manque de collaboration de la part de la DGSPNI pour s'attaquer à cette question. On nous répond qu'il y a un déficit et qu'il n'y a pas de fonds disponibles. En fait, le Secrétariat jeunesse de l'ACM est une des deux ressources disponibles pour la prévention du suicide dans la région. Je les félicite pour les rôles qu'ils ont joués parce que, en tant qu'adulte, je ne pense pas que les jeunes devraient avoir ce rôle à jouer. C'est un fardeau beaucoup trop lourd pour un secrétariat jeunesse. Et pourtant, ils assument ce rôle parce que la situation leur tient à cœur. Ils savent ce que pensent les jeunes de leur âge et ils sont conscients des épreuves qu'ils traversent. Nous avons tous perdu un être cher à cause de ce problème. Les jeunes sont motivés et prennent une responsabilité qu'ils ne devraient pas assumer et pourtant, la DGSPNI leur supprime le financement.

À ce propos, j'aimerais parler de l'étude Chandler-Lalonde qui, pour ceux qui ne la connaissent pas, est parue en 2002, je crois. L'étude Chandler-Lalonde sur le suicide dans les collectivités autochtones des Premières nations, en particulier en Colombie-Britannique, a conclu notamment qu'il existait un lien direct entre le nombre d'aspects maîtrisés par une collectivité et le déclin des taux de suicide chez les jeunes. En fait, les auteurs de l'étude ont découvert huit facteurs. Lorsqu'une collectivité a la maîtrise de ces huit facteurs, le problème du suicide chez les jeunes n'existe pas. L'étude a été réalisée au cours d'une période de 14 ans.

L'équipe de prospective s'est désormais associée avec Chris Lalonde en vue d'effectuer une étude ici afin d'étudier la possibilité de l'élargir aux comportements suicidaires et autres.

partnership we have had so many discussions. It sounds ridiculous, but we said that basically subjugation is not healthy. It is not healthy, and that is across the board.

As our populations are growing, our lives are changing. Our lifestyle has been impeded upon in the last 50 years and we have to make changes, we have to move to the urban centres. Yet Canada continues to keep this iron-fisted hold on the funds, how they are used, and how that relationship will happen. Until that starts to change, I believe that the situation will get worse. I believe that the social conditions and the health of our people will continue to decline.

There has to be a true partnership. There has to be decision making by First Nations about what will make changes in their lives and we have to incorporate our cultural values. I think that until that happens, the decline will continue.

It is appalling to me as a First Nations individual when 10 years after that special report, which was a beacon of hope when it came out, this has happened. We should not be sitting here. I really believe that until there is true partnership and there is decision-making by First Nations about their own health, things will not change. Thank you.

Senator Gill: You mentioned that suicide was not within the culture before, now it is there. Some years ago, we did not see this phenomenon, but we had a movement across the country and lots of young people fighting within this group. I am not suggesting going back to that, but through the red power and these kinds of organizations, people can do something. However, today it seems that most of the young people decided to turn the violence against themselves. In other words, there is a need to express what you are, what it is you are feeling, good or bad. You need the channels. Everybody needs that. You need to show your talents.

Non-native people are the same way. Everybody needs to express themselves. Of course, I also think you need reference points. I do not know about here, but in my area, I am surrounded by young people on my reserve, and I sometimes ask them why, why? Usually, the answer is "I am not happy, I do not feel good about myself; I am not comfortable in my skin. I do not have any role models other than my father or my mother." Usually, these are the answers.

Of course, I am not saying this is the only reason. Do you not think that we have to put the emphasis on values, values of the past, values and talents we should develop for the future and do that ourselves? I think you mentioned that. You have to do that yourself and for yourself.

Ce partenariat a permis de nombreuses discussions. Cela peut sembler ridicule, mais nous avons découvert que l'assujettissement n'est pas bon pour la santé. C'est mauvais et dans tous les domaines.

Notre population augmente et nos vies changent. Au cours des 50 dernières années, notre mode de vie a été bouleversé et nous devons faire des changements, nous devons nous installer dans les centres urbains. Or, le Canada continue à gérer les fonds d'une main de fer, décidant de leur utilisation et de l'évolution de notre relation. Tant que les choses ne changeront pas, je crois que la situation ne fera qu'empirer. Je crois que les conditions sociales et la santé de notre peuple continueront à décliner.

Nous souhaitons un partenariat véritable. Il faut que les gens des Premières nations puissent décider des changements qu'ils veulent apporter dans leur vie et nous devons également intégrer nos valeurs culturelles. Je crois que le déclin se poursuivra tant que nous n'aurons pas effectué ces changements.

En tant que membre des Premières nations, il me semble aberrant que nous soyons dans une telle situation 10 ans après ce rapport spécial qui nous avait apporté une lueur d'espoir. Nous ne devrions pas être ici à tenter de régler cette situation. Je suis fermement convaincue que les choses ne changeront pas tant qu'il n'y aura pas un véritable partenariat et tant que les Premières nations ne pourront prendre les décisions qui concernent leur propre santé. Merci.

Le sénateur Gill : Vous avez dit que le suicide ne faisait pas partie de notre culture autrefois, alors que maintenant nous sommes confrontés à ce problème. Il y a quelques années, ce phénomène n'existait pas, mais nous avions un mouvement dans toutes les régions du pays qui regroupait beaucoup de jeunes militants. Je ne suggère pas de revenir à cette époque, mais il est possible d'intervenir par l'intermédiaire d'organismes comme ceux qui revendiquent le pouvoir autochtone. Il semble cependant que de nos jours la plupart des jeunes aient décidé de retourner la violence contre eux-mêmes. Autrement dit, il est nécessaire d'exprimer ce que l'on est, les sentiments que l'on ressent, bons ou mauvais. Nous avons besoin de voies de communication. C'est pareil pour tout le monde. Nous devons pouvoir exprimer nos talents.

C'est la même chose pour les non-Autochtones. Chacun a besoin de s'exprimer. Évidemment, je pense que nous avons aussi besoin de points de référence. Je ne sais pas comment cela se passe ici, mais dans ma réserve, il y a beaucoup de jeunes et je leur demande parfois pourquoi, pourquoi? Généralement, ils me disent qu'ils ne sont pas heureux, qu'ils n'ont pas une bonne perception d'eux-mêmes, qu'ils ne sont pas bien dans leur peau. Ils me disent aussi qu'ils n'ont pas d'autres modèles que leur père ou leur mère. Voilà en général les réponses que j'obtiens.

Évidemment, je ne prétends pas que ce soit la seule raison. Ne pensez-vous pas que nous devons mettre l'accent sur les valeurs, les valeurs traditionnelles, les valeurs et les talents que nous devrions cultiver pour l'avenir et que nous devons nous en occuper nous-mêmes? Je pense que vous l'avez mentionné. C'est une chose que l'on doit faire nous-mêmes et pour nous-mêmes.

Do you think that doing what we have been doing so far as First Nations, waiting for the biggest budget and these kinds of things, will solve something? I just would like to have your view on that.

Mr. Whitford: We are part of the youth secretariat, the staff working in the Assembly of Manitoba Chiefs. There are five of us right now. We also have a 10-member youth advisory committee that is comprised of volunteer youth from different parts of Manitoba representing the five different nations here.

We encourage and promote the concept of youth involvement, youth leadership, in First Nations communities. We are trying to send a message that if youth are not happy in their current situation and want to create change, they should take the initiative to assemble and establish youth councils, youth organizations, in their own communities.

We are telling the youth if they do not like the way things are there are enough of them that they can take over their communities and re-create them the way they want to see them. Through volunteerism and youth councils, youth organizations, they can start to take ownership of the issues and create opportunities for the other youth around them. They want to see change in their own communities, but there are a lot of youth out there who just do not have the means to express themselves positively.

It does not always take a lot of money to do something in communities. The Elders are there, the youth are there. However, sometimes it is easier for youth to get together and chip in to buy some alcohol or drugs, something negative rather than something positive. It is unfortunate sometimes, and there is a big need for role models and some positive opportunities. In a way, we here are trying to lead by example, but there is a lot of work to be done.

Ms. McKay: I just want to add that in the work that we do in our communities, we try to promote as much as possible the idea that things will not happen if we sit around and wait for a bag to be thrown into the middle. This is how we have been functioning for the past three years in our suicide prevention initiative. It is not about dollar amounts, but it is about the quality of the services that are provided. We are trying to provide the best quality service that we can with no money, and I think we have done a pretty good job. However, it is about working with other government departments, other service providers, and ensuring that they are doing the same thing with whatever funding or resources that they have. We all have to be on the same page.

Ms. Keeper: I just have to add something. A National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy is in the process of being developed and there was a draft released without consultation with youth. Again, the report *Acting on What We Know: Preventing Youth Suicide in First Nations*, which was a joint effort between AFN and Health Canada, was released in 2003 and was also developed without consultation with the youth.

Pensez-vous que les Premières nations doivent garder la même attitude et croire qu'un plus gros budget permettra de résoudre tous les problèmes? J'aimerais avoir votre point de vue à ce sujet.

M. Whitford : Nous faisons partie du Secrétariat jeunesse, du personnel qui travaille à l'Assemblée des chefs du Manitoba. Nous sommes actuellement cinq. Nous avons également un comité consultatif jeunesse composé de 10 jeunes volontaires en provenance des différentes régions du Manitoba et qui représente les cinq différentes nations.

Nous encourageons la participation et le leadership des jeunes dans les collectivités des Premières nations. Nous essayons de faire comprendre aux jeunes que s'ils ne sont pas satisfaits de leur situation actuelle et qu'ils veulent la modifier, ils doivent prendre l'initiative de se réunir et de créer des conseils de jeunes, des organisations de jeunes dans leurs collectivités.

Nous disons aux jeunes que s'ils n'aiment pas la tournure des choses et s'ils sont suffisamment nombreux, ils peuvent prendre le contrôle de leurs collectivités et les remodeler à leur manière. Les organismes bénévoles, les conseils de jeunes, les organisations de jeunes leur donnent les moyens de s'attaquer au problème et d'offrir des possibilités aux autres jeunes de leur entourage. Ils veulent changer la situation dans leurs collectivités, mais il y a beaucoup de jeunes qui n'ont pas les moyens de s'exprimer eux-mêmes de façon positive.

Il ne faut pas toujours nécessairement de l'argent pour faire changer les choses dans les collectivités. Les anciens sont là, les jeunes sont là. Cependant, c'est parfois plus facile pour les jeunes de se cotiser pour acheter de l'alcool ou des drogues, c'est parfois plus facile de poser un geste négatif qu'un geste positif. C'est dommage et nous avons un grand besoin de modèles et d'options positives. Dans un certain sens, nous essayons de donner l'exemple, mais il y a beaucoup à faire.

Mme McKay : J'aimerais simplement ajouter que lorsque nous travaillons dans nos collectivités, nous nous efforçons de faire comprendre le plus possible que rien ne se passera si nous restons assis à attendre de l'argent de l'extérieur. Voilà l'approche que nous avons adoptée au cours des trois dernières années dans notre initiative de prévention du suicide. Ce qui est important, ce n'est pas l'argent, mais la qualité des services qui sont offerts. Même sans argent, nous essayons de fournir un service de la meilleure qualité possible et je pense que nous avons fait un assez bon travail. Cependant, nous devons collaborer avec d'autres ministères, d'autres fournisseurs de services et faire en sorte qu'ils adoptent la même attitude, quels que soient le financement ou les ressources dont ils disposent. Nous devons tous être au diapason.

Mme Keeper : J'aimerais ajouter quelque chose. Une stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones est en cours d'élaboration et un avant-projet a été publié sans consultation avec les jeunes. Le rapport intitulé *Agir selon ce que nous savons : La prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, résultat de la collaboration entre l'APN et Santé Canada, a été publié en 2003 et conçu également sans consulter les jeunes.

This new Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy, which was developed without the youth, is recommending dollars for a coordinator in the region. That is what I am talking about — how things are implemented, how they are planned, where the money should go. The youth are operating without funding. That is the process that is currently happening, where Canada will say they are doing things but the impact has not been felt over the last 10 years. There is a chasm between communities and government and medical research, and it is just getting worse.

That is what I am talking about in terms of a true partnership. That is a fine example of this strategy at the regional level when they were not even considering the youth and the work that they were doing. They have been at it for a number of years and they are truly one of the priority initiatives in our region.

I just had to mention that.

Senator Johnson: Tina, could I ask you how the strategy for your envisioning committee is working? How far along are you with this process?

Ms. Keeper: Well, we completed the report in 2004. We had no commitment for funding from FNIHB. As I mentioned, FNIHB had pulled out all funding on the issue of suicide in the last couple of years. The youth lost their funding this fiscal year and last fiscal year, but we had a commitment from INAC. Therefore, the federal government is not on the same page all the time.

However, we continue to meet. We applied for a health research grant to enable us to continue to meet and explore the partnership with Chris Lalonde. We are very excited about that.

We also continue to work with NAHO, the National Aboriginal Health Organization. They do research implementation and are developing a new community toolkit, so we hosted a gathering. We expected about 25 people and we had 110 people attend. They are the people that Amanda talked about who work right at the grassroots level. They are Brighter Futures and Building Healthy Communities coordinators. We had a lot of community support and are developing a good partnership with NAHO.

Also, we are continuing to develop the network in the region with our community wellness working group and the tribal council health people.

We are continuing to meet without funds. We try to stay in place, and actually we just secured some funding from the region to develop a best way to work strategically and a web page, a

Cette nouvelle stratégie de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones qui a été élaborée sans les jeunes, recommande le financement d'un poste de coordonnateur dans la région. Voilà ce qui m'intéresse — comment les choses sont mises en œuvre, comment elles sont planifiées et où devrait aller l'argent. Les jeunes se débrouillent sans financement. Voilà ce qui se passe actuellement. Le Canada affirme que les choses progressent, mais aucun progrès n'a été constaté au cours des 10 dernières années. Entre les collectivités, le gouvernement et la recherche médicale, il y a un véritable gouffre et les choses vont en empirant.

C'est là où je veux en venir lorsque je parle de partenariat véritable. C'est l'exemple même de cette stratégie au niveau régional dont les auteurs n'ont même pas tenu compte des jeunes et du travail qu'ils effectuent. Ils travaillent depuis de nombreuses années et leur projet est une des initiatives prioritaires dans notre région.

Voilà ce que je voulais dire.

Le sénateur Johnson : Tina, puis-je vous demander comment fonctionne la stratégie pour votre comité de prospective? Où en êtes-vous actuellement?

Mme Keeper : Nous avons terminé le rapport en 2004. Nous n'avions reçu aucun engagement de financement de la part de la DGSPNI. Comme je l'ai mentionné, la DGSPNI a supprimé tout le financement dans le domaine de la prévention du suicide au cours des deux dernières années. Les jeunes ont perdu leur financement pendant l'exercice en cours et pendant l'exercice précédent. En revanche, nous avions un engagement de la part d'AINC. Par conséquent, le gouvernement fédéral n'est pas toujours cohérent.

Cependant, nous avons continué à nous rencontrer. Nous avons déposé une demande de subvention de recherche en matière de santé afin de nous permettre de continuer à nous rencontrer et à explorer le partenariat avec Chris Lalonde. Cela nous plaît beaucoup.

Nous avons également continué à travailler avec l'ONSA, l'Organisation nationale de la santé autochtone. Cette organisation met en œuvre les recherches et met au point de nouveaux outils communautaires. Aussi, nous avons organisé une réunion. Nous attendions environ 25 personnes et ce sont 110 participants qui se sont présentés. Ce sont les gens dont Amanda nous a parlé, des gens qui travaillent à la base. Ce sont les coordonnateurs de Grandir ensemble et de Pour des collectivités en bonne santé. Nous avons obtenu beaucoup de soutien de la part de la collectivité et nous mettons en place un bon partenariat avec l'ONSA.

Par ailleurs, nous continuons à étendre le réseau dans la région avec notre groupe de travail sur le mieux-être dans la collectivité et les responsables de la santé au conseil tribal.

Même si nous n'avons pas de financement, nous continuons à nous rencontrer. Nous essayons de poursuivre nos activités et nous venons tout juste d'obtenir du financement de la région afin

resource page. We are really excited about that, one of the first tangible resources for our communities.

Senator Johnson: What is the urban suicide rate compared to people on the reserve?

Ms. Keeper: As Amanda said, there is an issue with the statistics.

Senator Johnson: Is there not less help on reserve than in the urban centres?

Ms. Keeper: There is less help on reserve, although there is a similar rate of suicide in the Aboriginal population, urban and rural.

Senator Johnson: What percentage of the population is in transition, moving from reserve to the urban centres?

Are they more at risk? I have been on the Senate Aboriginal Committee for 11 years and we did an urban Aboriginal youth study. We found that that was an issue, services for the people moving into the city for the first time.

Ms. Keeper: There is a lack of services in the remote communities. A study was just done in the region. The Centre for Aboriginal Health Research released a report in partnership with the Assembly of Manitoba Chiefs on a number of health studies. One of them talks about geographical location and health. There seems to be a better level of health in the more remote communities. Although it may appear statistically, on the issue of suicide, that the remote communities are suffering the most, actually there seems to be a very similar pattern. However, in general, the health, especially of men, seems to be better in the more remote areas.

Senator Johnson: Would you say Manitoba is pretty indicative of the rest of the country in terms of the mental health issues and suicide rates?

Ms. Keeper: That is the question. That is one of the areas we intend to explore with Lalonde. That study in B.C. found that in fact, 50 per cent of the communities over a 14-year period had no youth suicides. Therefore, they feel that there is a problem in how Aboriginal suicide has been interpreted and that it is not a problem for about half of the communities.

We felt that not enough research has been done on suicidal behaviours. There are a number of communities here in Manitoba that have been listed as using best practices and promising strategies in a new report from the Centre for Suicide Prevention. They were communities in crisis, with a cyclical pattern of crisis, and they have managed to curb the rate of suicide. However, the number of suicide attempts is as high as it has ever been, and we call it a high stress battle that they are in.

de mettre au point une meilleure façon de travailler stratégiquement et d'élaborer une page Web, une page de ressources. Nous sommes tout excités, parce c'est une des premières ressources tangibles dont bénéficient nos collectivités.

Le sénateur Johnson : Quel est le taux de suicide en milieu urbain, comparé aux réserves?

Mme Keeper : Comme Amanda l'a expliqué, il y a un problème avec les statistiques.

Le sénateur Johnson : Est-ce qu'il n'y a pas moins d'aide dans les réserves que dans les centres urbains?

Mme Keeper : Il y a moins d'aide dans les réserves, même si le taux de suicide est à peu près le même dans la population autochtone, qu'elle soit urbaine ou rurale.

Le sénateur Johnson : Quel pourcentage représente la population en transition, c'est-à-dire celle qui se déplace des réserves aux centres urbains?

Les risques sont-ils plus grands pour cette population? J'ai siégé au Comité sénatorial des peuples autochtones pendant 11 ans et nous avons fait une étude sur la jeunesse autochtone en milieu urbain. Nous avons noté un problème au sujet des services offerts aux personnes qui arrivaient en ville pour la première fois.

Mme Keeper : Il y a une pénurie de services dans les collectivités éloignées. On vient tout juste de réaliser une étude dans la région. Le Centre for Aboriginal Health Research vient de publier, en collaboration avec l'Assemblée des chefs du Manitoba, un rapport consacré à plusieurs études de la santé. Une d'entre elles porte sur l'emplacement géographique et la santé. Il semble que la santé soit meilleure dans les collectivités plus éloignées. Bien que les statistiques semblent indiquer que, dans le cas du suicide, les collectivités éloignées soient les plus atteintes, il apparaît en fait que la situation est très semblable. Cependant, de manière générale, la santé semble être meilleure dans les régions plus isolées, surtout pour les hommes.

Le sénateur Johnson : Pensez-vous que le Manitoba est assez représentatif de l'ensemble du pays sur le plan de la santé mentale et des taux de suicide?

Mme Keeper : C'est là la question. C'est un des domaines que nous avons l'intention d'explorer avec Lalonde. L'étude réalisée en Colombie-Britannique au cours d'une période de 14 ans a révélé qu'il n'y avait aucun suicide de jeunes dans 50 p. 100 des collectivités. Les auteurs de l'étude estiment donc que l'interprétation du nombre de suicides chez les Autochtones est erronée et que le suicide ne pose aucun problème dans environ la moitié de collectivités.

Nous estimons que les recherches consacrées au comportement suicidaire ne sont pas suffisantes. Un nouveau rapport du Centre pour la prévention du suicide fait la liste de plusieurs collectivités manitobaines qui utilisent des pratiques exemplaires et des stratégies prometteuses. Il s'agit de collectivités qui ont traversé une crise, qui ont vécu un cycle et qui sont parvenues à endiguer le taux de suicide. Cependant, le taux de tentatives de suicide est aussi élevé qu'auparavant et nous considérons que ces collectivités traversent une situation très tendue.

That is what we want to look at with Chris Lalonde in terms of the research we do here. One of the things we are saying is that maybe those communities that have no youth suicide are at risk, because there may be suicidal behaviours. That is what we want to explore.

Senator Johnson: When you talked about decision-making in terms of your own health, is that key?

Ms. Keeper: What I have found in reviewing a lot of the reports is that people have their own framework. It is difficult for them to understand what the issues are at the community level. For example, I talked about the model review, the Jicarilla Apache, which has been listed as the number one recommended program in *Acting on What We Know* and this other report. When we went to meet with them, we found out that they have sovereignty and they are also one of the five richest communities, reservations, in the United States.

They have a strong economic base and a mental health unit of 50 people. They have their own detox centre. They have a tribal code that says if you are at risk of hurting yourself, they will put you under surveillance, and if you choose not to abide by that, you have to leave the community.

Therefore, I felt it had not been explored or researched properly, and this is the number one recommended program. Okay, give us sovereignty, give us a strong economic base, give us a staff of 40 in every community and give us the ability to put protocols in place that say people have no confidentiality once they enter the behavioural health unit.

Those things are not possible in Canada. That is the type of problem I felt non-native researchers have in looking at our health issues, as an example.

Senator Johnson: I just want to talk to the youth because I know them and I worked with them. They were very helpful to us in our study on urban Aboriginal youth in the cities across Canada, which was the first study of that topic.

How have you been doing over the last couple of years with your program, and you have described it somewhat, but in terms of the mental health side, of youth suicide?

Mr. Whitford: I think we have come a long way in the five years that the youth secretariat has operated. However, each year continues to be a financial struggle for us.

Senator Johnson: You are getting more kids coming in?

C'est ce que nous voulons examiner avec Chris Lalonde dans la recherche que nous faisons ici. Nous pensons entre autres que ces collectivités sont à risque, même si le taux de suicide des jeunes est nul, tout simplement parce que l'on note des comportements suicidaires chez les hommes. Voilà la dimension que nous voulons explorer.

Le sénateur Johnson : La réponse se trouve-t-elle dans la possibilité de prendre soi-même les décisions concernant sa propre santé, comme vous l'avez expliqué plus tôt?

Mme Keeper : L'examen d'un grand nombre de rapports m'a montré que les gens ont leurs propres conceptions. C'est difficile pour eux de comprendre les questions qui se posent au niveau communautaire. Par exemple, j'ai parlé du modèle Jicarilla Apache que le rapport *Agir selon ce que nous savons* et l'autre rapport ont cité comme le programme recommandé par excellence. Lorsque nous les avons rencontrés, nous avons découvert que les habitants de cette réserve bénéficient de la souveraineté et comptent parmi les cinq collectivités autochtones les plus riches des États-Unis.

Ils disposent d'une solide infrastructure économique et d'un service de santé mentale de 50 personnes. Ils ont leur propre centre de désintoxication. Leur code tribal précise qu'il est possible de mettre sous surveillance une personne qui présente un risque pour elle-même et que si cette dernière décide de ne pas respecter cette règle, elle doit quitter la collectivité.

C'est le programme le plus recommandé et j'ai donc pensé que le sujet n'avait pas été assez exploré ou étudié. Donnez-nous la souveraineté, donnez-nous une infrastructure économique solide, donnez-nous une équipe de 40 intervenants dans chaque collectivité et donnez-nous la possibilité de mettre en place des protocoles précisant que les personnes perdent leur droit à la confidentialité dès le moment où elles prennent part à un programme de santé comportementale.

Tout cela n'est pas possible au Canada. Voilà par exemple le type de problème auquel, selon moi, les chercheurs non autochtones se heurtent lorsqu'ils se penchent sur nos problèmes de santé.

Le sénateur Johnson : J'aimerais parler aux jeunes, parce que je les connais et j'ai travaillé avec eux. Ils nous ont beaucoup aidés pour l'étude sur les jeunes Autochtones en milieu urbain que nous avons réalisée dans les villes du Canada. C'était la première étude sur le sujet.

Comment va votre programme depuis les deux dernières années et, vous en avez déjà un peu parlé, mais quelle est la situation sur le plan de la santé mentale et du suicide chez les jeunes?

M. Whitford : Je crois que nous avons parcouru beaucoup de chemin depuis la création du Secrétariat jeunesse, il y a cinq ans. Cependant, chaque année est un véritable défi sur le plan financier.

Le sénateur Johnson : Est-ce que les jeunes sont plus nombreux?

Mr. Whitford: The Keewatin Winnipeg Youth Initiative was recognized as a best practice and is funded by the Urban Multipurpose Youth Centres Initiative out of Heritage Canada. We are waiting for funding once again for the year. We will probably end up losing about five months out of the year. However, based on past experience, we intend to just continue to deliver programs and services for urban Aboriginal youth and convince the management of AMC to support us in operating that project.

Initially, it was intended to be a one-time project. However, due to the need for that program in the north end of Winnipeg, where there is a high number of Aboriginal youth who are out of school and unemployed, we have a vested interest in seeing that program continue to operate for the youth.

Senator Johnson: How is Brian McKinnon's program working at the Y? I am talking about the fitness program. Do you know about that?

Mr. Whitford: No.

Senator Johnson: At R.B. Russell.

Mr. Whitford: I understand it is working quite well. They have outside sponsorship to enrol some of the students there in the downtown YM/YWCA, which is a very nice facility.

Senator Johnson: How would you describe the mental health of your friends and the young people in Manitoba now of Aboriginal origin?

Mr. Whitford: I think in some cases, they are reluctant to get the help that they need. They are more likely to seek support for the issues that they have from their peers. We need to build the capacity among people that the youth interact with on a daily basis.

In addition to our role as coordinators, we are almost therapists or counsellors to our fellow youth, who come to us with different addictions and we make referrals. However, for one reason or another, they are reluctant to seek the professional services they need.

Senator Johnson: Are any of them taking advantage of that?

Mr. Whitford: I know a couple of our youth do take advantage of the mental health services out there, but very few.

Senator Johnson: So you would prefer to have your own?

Mr. Whitford: Yes. One of our long-term plans is to have our own resource centre.

Senator Johnson: Would that be in conjunction with the wellness centre that Tina was mentioning?

Mr. Whitford: Yes. We want it to be staffed by young people and to have our own library, resource centre and training facility.

M. Whitford : Le programme Keewatin Winnipeg Youth Initiative est reconnu comme un programme exemplaire et est financé par l'Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones, de Patrimoine canadien. Nous nous attendons cette année encore à recevoir du financement. Nous perdrons probablement cinq mois de l'année. Cependant, d'après notre expérience, nous avons l'intention de continuer à dispenser les programmes et services aux jeunes Autochtones en milieu urbain et de convaincre la direction de l'ACM de nous appuyer dans la mise en œuvre du projet.

À l'origine, il s'agissait d'un projet ponctuel. Cependant, ce programme étant très utile dans le secteur nord de Winnipeg où se trouvent de nombreux jeunes Autochtones qui ont quitté l'école et sont sans emploi, nous souhaitons pouvoir continuer à offrir ce programme pour les jeunes.

Le sénateur Johnson : Comment fonctionne le programme de Brian McKinnon au Y? Je veux parler du programme de conditionnement physique. Est-ce que vous avez des nouvelles?

M. Whitford : Non.

Le sénateur Johnson : À R.B. Russell.

M. Whitford : Je crois que ça fonctionne assez bien. Il bénéficie de l'appui de certains commanditaires pour inscrire certains étudiants au YM/YWCA du centre-ville, un centre où les installations sont superbes.

Le sénateur Johnson : D'après vous, quel est l'état de santé mentale actuel de vos amis et des jeunes d'origine autochtone au Manitoba?

M. Whitford : Je pense que dans certains cas, ils hésitent à obtenir l'aide dont ils ont besoin. Ils ont plutôt tendance à chercher de l'aide auprès de leurs pairs lorsqu'ils ont des problèmes. Nous devons renforcer les capacités des personnes que les jeunes côtoient dans leur vie quotidienne.

En plus d'exercer des rôles de coordinateurs, nous sommes presque des thérapeutes ou des conseillers pour les jeunes qui viennent nous voir afin de nous demander des conseils au sujet de diverses toxicomanies. Nous tâchons de les orienter pour obtenir de l'aide. Cependant, pour une raison qui nous échappe, ils hésitent à demander l'aide dont ils ont besoin auprès des services professionnels.

Le sénateur Johnson : Est-ce que certains d'entre eux profitent de ces services?

M. Whitford : Je connais quelques jeunes qui obtiennent des services de santé mentale, mais il y en a très peu.

Le sénateur Johnson : C'est pourquoi vous préféreriez avoir vos propres services?

M. Whitford : Oui. Un de nos projets à long terme consiste à mettre sur pied notre propre centre de ressources.

Le sénateur Johnson : Est-ce que ce centre de ressources serait relié au centre de mieux-être dont a parlé Tina?

M. Whitford : Oui. Nous voulons que ce centre soit animé par des jeunes et qu'il soit équipé de sa propre bibliothèque, d'un centre de ressources et d'un service de formation.

Senator Johnson: We have no wellness resource centre here in Manitoba that I know of. We have our centres. You have Thunderbird House.

Mr. Whitford: Yes, but none specifically for First Nations or Aboriginal youth.

Senator Pépin: We had some representation that there is a link between mental health or mental disability and substance abuse; would you agree with that?

Ms. Meawasige: I am looking at First Nations and why they have a higher incidence of mental illness. I think we should look back to the government policy of assimilation of First Nations people. That caused First Nations people to become separated from the values that give them meaning in life. People lost touch with traditional family, community and culture. Not knowing how to reconnect with that, not having the strength to reconnect causes the anxiety, and I think that anxiety often leads to substance abuse. Continued substance abuse leads to mental illness.

Therefore, we need to examine the history of First Nations. We consulted with youth. We asked them to identify meaningful things in their lives. They often state culture, language. We need to realize that it is those very things that give the youth meaning that we were forcibly separated from by assimilation policies.

Also, I think a lot of young people do not access resources right now because it is Western-based therapy, which is believed to have universal application. You think that approach will work for everybody and can be used with any culture. However, these approaches are specific to the culture in which they are developed and do not translate well across cultures. There is a high rate of turnover in young people accessing services. They see a counsellor once, it does not work and that is it.

For example, nature and spirituality play a prominent role in First Nation healing practices, yet they are non-existent in mainstream therapies. Mainstream therapy focuses on the individual, while First Nation healing considers the individual within the context of the family or the community. There is an interconnection about Aboriginal people.

Senator Pépin: That is why you say that revitalization of your culture is so important.

Ms. Meawasige: Definitely.

Senator Pépin: Also, you mentioned a 20-day model program. I was wondering about that?

Ms. McKay: I was talking about the youth leadership development training that we developed with the national youth council. That was just recently piloted, so a lot of recommendations came out of that. It is five days for each of

Le sénateur Johnson : À ma connaissance, il n'y a ici au Manitoba aucun centre de ressources de mieux-être. Nous avons nos centres. Vous avez Thunderbird House.

M. Whitford : Oui, mais il n'en existe aucun qui soit consacré expressément aux jeunes des Premières nations ou autochtones.

Le sénateur Pépin : Certains affirment qu'il y a un lien entre la toxicomanie et la santé mentale ou les troubles mentaux; êtes-vous d'accord?

Mme Meawasige : J'essaie de comprendre pourquoi les Premières nations sont plus touchées que les autres par la maladie mentale. Je crois qu'il faut chercher la cause du côté de la politique gouvernementale d'assimilation des Premières nations. Cette politique a coupé les gens des Premières nations des valeurs qui donnaient un sens à leur vie. Ils ont perdu contact avec leurs familles, leurs communautés et leurs cultures. Ils ne savent pas comment retrouver leurs valeurs traditionnelles et le fait de se sentir incapables de renouer avec la tradition est une source d'angoisse. Je crois que l'angoisse mène souvent à l'abus d'intoxicants et que l'usage continu de telles substances mène à la maladie mentale.

En conséquence, nous devons nous pencher sur l'histoire des Premières nations. Nous devons consulter les jeunes. Nous devons leur demander d'indiquer quelles sont les choses qui comptent dans leur vie. Ils mentionnent souvent la culture, la langue. Nous devons comprendre que les politiques d'assimilation ont coupé les jeunes de ces choses qui donnaient un sens à leur vie.

Je pense également que beaucoup de jeunes ne profitent pas des ressources actuellement parce qu'on leur propose une thérapie occidentale qui est censée être universelle. On croit que cette approche peut s'appliquer à n'importe qui et dans n'importe quelle culture. Il n'en est rien, car ces approches sont adaptées à la culture dans laquelle elles ont été mises au point et ne s'adaptent pas bien aux autres cultures. Le taux de rotation est très élevé parmi les jeunes qui se prévalent des services. Ils rencontrent un conseiller une fois, n'obtiennent pas de résultats et ne vont pas plus loin.

Par exemple, la nature et la spiritualité jouent un rôle de premier plan dans les pratiques de guérison des Premières nations, alors qu'elles sont inexistantes dans les thérapies générales. La thérapie courante est axée sur l'individu alors que les traitements de guérison des Premières nations resituent l'individu dans le contexte de la famille ou de la collectivité. Les Autochtones se sentent reliés les uns aux autres.

Le sénateur Pépin : C'est pourquoi vous affirmez que la revitalisation de votre culture est si importante.

Mme Meawasige : Absolument.

Le sénateur Pépin : Vous avez également parlé d'un programme modèle de 20 jours. De quoi s'agit-il?

Mme McKay : Je parlais du programme de formation de jeunes leaders que nous avons mis en place au Conseil national pour la jeunesse. C'est un programme que nous venons tout juste de lancer et beaucoup de nos recommandations s'en inspirent. Le

the four components. It is meant to be delivered in four separate five-day sessions. However, we delivered it all at once to get feedback, identify gaps and see how well it worked.

Senator Pépin: Jason, you said that there was a need for more recreation. Could you elaborate a little on that?

Mr. Whitford: I do not know if many of you have been in First Nation communities, but I myself grew up in the city of Winnipeg. My family has lived in the same area for 32 years, in the south end of the city. There is a community centre within about six blocks in each direction from the home that we live in.

However, I know, for example, in Sandy Bay First Nation, once school is out, the youth pretty much have to fend for themselves. One thing leads to another, and then we have A, B, C, all of the numerous issues you hear about. This is probably the same situation in every First Nation across Canada. We have presented resolutions to the Assembly of Manitoba Chiefs leadership to push that forward.

However, in communities, Indian Affairs funding is the capital budget and recreation is not seen as a priority area. The roads, the schools, the band offices, the housing are priorities, and it is a huge gap.

We would like to see something like that piloted in Manitoba to see the impact. A couple of communities that do have the treaty land entitlement funding are listening and responding to the needs of the youth, and they are doing so on their own. However, it is just not consistent.

Senator Pépin: Do you know if there are more young women or more young men committing suicide?

Mr. Whitford: I know that in the report from a few years ago the rates among young men were higher. The methods of suicide are more violent, more final among men.

The Deputy Chairman: I would like to make a general comment for the panel to respond to and see whether we can do something useful for you in our report.

We have been hearing over and over from every sector that we have interviewed across the country that there is a tremendous need for community resources and for the integration of social services, primary health care, mental health teams, et cetera, but at the community level, where they can get to the people who need the resources. It seems to me you have been saying the very same thing; however, you have one degree of complexity that the other people did not. The rest of the people in the country have to wrestle with the federal/provincial health relationship, whereas you have a triumvirate. You have the federal/provincial health relationship and social service relationship and social infrastructure relationship. In addition, you have the First Nations being treated in a different way by the federal government.

programme consacre cinq jours à chacun des quatre éléments. Il est conçu pour être présenté en quatre séances distinctes de cinq jours. Cependant, nous l'avons présenté en un seul bloc pour obtenir des commentaires, cerner les lacunes et vérifier s'il fonctionnait bien.

Le sénateur Pépin : Jason, vous avez noté un besoin en matière de loisirs. Pourriez-vous donner plus de précisions à ce sujet?

M. Whitford : Je ne sais pas si beaucoup d'entre vous ont visité des collectivités des Premières nations, mais, personnellement, j'ai grandi à Winnipeg. Ma famille vit au même endroit depuis 32 ans, dans le secteur sud de la ville. À partir de la maison, quelle que soit la direction que l'on prenne, on trouve obligatoirement un centre communautaire à moins de six quadrilatères de distance.

Par contre, je sais que dans la Première nation de Sandy Bay, par exemple, les jeunes sont pratiquement livrés à eux-mêmes une fois que l'école est finie. Une chose entraîne une autre et c'est ainsi qu'apparaissent les nombreux problèmes dont nous avons parlé. C'est sans doute la même chose dans toutes les Premières nations du Canada. Nous avons présenté des résolutions à la direction de l'Assemblée des chefs du Manitoba afin d'obtenir son appui.

Mais, dans les collectivités, le budget d'équipement dépend du financement des Affaires indiennes et les loisirs ne sont pas un secteur prioritaire. La priorité va aux routes, aux écoles, aux bureaux de bande et au logement, et les besoins sont énormes.

Nous aimerions mettre en place un projet pilote de ce type au Manitoba afin d'en étudier les conséquences. Quelques collectivités qui bénéficient d'un financement fondé sur les droits territoriaux issus des traités sont sensibles aux besoins des jeunes et entreprennent des actions d'elles-mêmes. Malheureusement, cela manque un peu de cohérence.

Le sénateur Pépin : Savez-vous si les jeunes femmes ou les jeunes hommes sont plus nombreux à se suicider?

M. Whitford : D'après le rapport qui date de quelques années, les taux de suicide étaient plus élevés chez les jeunes hommes. Les moyens qu'ils mettent en œuvre pour se suicider sont plus violents et plus radicaux.

Le vice-président : J'aimerais faire un commentaire général auquel je demanderai nos témoins de répondre afin de voir ce que nous pourrions faire pour vous aider dans notre rapport.

Les représentants de tous les secteurs que nous avons interrogés dans toutes les régions du pays ont signalé un énorme besoin en ressources communautaires, ainsi que pour l'intégration des services sociaux, des soins primaires, des services de santé mentale, et cetera, mais au niveau communautaire, pour pouvoir toucher les personnes qui ont besoin des ressources. Il me semble que vous avez soulevé le même problème; cependant, vous avez révélé un degré de complexité que les autres témoins n'avaient pas noté. Dans les autres régions du pays, les gens doivent composer avec les paliers fédéral et provincial dans le secteur de la santé alors que vous devez tenir compte d'un palier supplémentaire. Il y a le palier fédéral/provincial, le palier des services sociaux et celui de l'infrastructure sociale. En outre, les Premières nations sont traitées différemment par le gouvernement fédéral.

When I have tried to think about this in my own solitude, I have wondered whether, when it comes to health and mental health services, you have to contract services. The expertise is in the provincial resources when it comes to delivery systems. I can understand completely that you do not want to sacrifice any of your autonomy.

Therefore, as the funding flows to make the system work, it would have to flow to your community centres, to your community organizations that contain all of these things from the federal government. Then you could, in turn, buy from the Manitoba health department the resources you need to make your system work.

Now I have no idea whether I am saying something absurd or not. I am just trying to grope through this issue and frame it in some way that gets you out of this terrible conundrum you are in now, where you are bounced from federal to Aboriginal health to First Nations to provincial resources and there is a lack of autonomy in your community organizations.

I would ask you now to think about that and try to address it. If you were king of the world and could design the best system, how would you see it?

Ms. Keeper: The best answer I could probably give is that the funding would flow through AMC and would be in First Nations' control. I understand what you are saying about services in the provincial jurisdiction that we should be accessing or could be accessing and that could possibly help us. However, on the matter of suicide in Manitoba, it is not true. Under the provincial jurisdiction there are no resources in suicide prevention, even for the mainstream. There is a severe lack of resources in this region.

In fact, the visioning committee is probably at the front of the train. We have had calls from almost every regional health authority, including the Winnipeg Regional Health Authority. We have participated with the provincial health department in developing suicide prevention strategies. We do not have adequate resources even under the provincial jurisdiction.

Further to that, one of the things that we are saying is that we have to reframe the resources that we believe will help our people with mental health issues. We believe that the mental health framework for the general population really does not work that well for them and does not work for us. We have a context in terms of who we are traditionally. We are a people of the land, we are people of community and extended family, and that continues today. Often, a mental health framework means people working one on one, but you go back to your family. You go back to a whole community.

We have communities of people. We are people who have been traumatized by the shutdown of our ability to make choices about our lives. The breakup of our families has had an enormous impact.

En réfléchissant à la question, je me suis demandé si vous devez faire appel à des services contractuels pour obtenir des soins de santé et des services de santé mentale. Ce sont les ressources provinciales qui possèdent l'expertise en matière de prestation. Je comprends tout à fait que vous ne vouliez pas sacrifier votre autonomie.

Par conséquent, si l'on veut que le système fonctionne, il faudrait que le financement soit dirigé vers vos centres communautaires, vers vos organisations communautaires qui regroupent tous les services du gouvernement fédéral. Vous pourriez ainsi vous procurer auprès du ministère de la Santé du Manitoba les ressources dont vous avez besoin pour assurer le fonctionnement de votre système.

Je ne sais absolument pas si cette idée est sensée ou tout à fait farfelue. J'essaie tout simplement de comprendre la situation et de trouver un moyen de vous sortir de cette impasse terrible où vous vous trouvez actuellement, ballottés entre les ressources fédérales, autochtones ou provinciales, sans parler du manque d'autonomie de vos organisations communautaires.

Je vous demande donc d'y réfléchir et de tenter d'apporter une réponse. Que feriez-vous si vous disposiez de tous les moyens nécessaires pour mettre en place le meilleur service de santé du monde?

Mme Keeper : La meilleure réponse que je puisse vous donner est sans doute que le financement serait dirigé vers l'ACM et serait sous le contrôle des Premières nations. Je comprends ce que vous dites au sujet des services relevant de la province que nous devrions utiliser ou auxquels nous devrions avoir accès. Cela pourrait nous aider en effet. Cependant, ces services n'existent pas au Manitoba pour la prévention du suicide. La province ne consacre aucune ressource à la prévention du suicide, même pour la population générale. Notre région souffre d'un grave manque de ressources.

En fait, le comité de prospective fait sans doute œuvre de pionnier. Nous avons reçu des appels de pratiquement tous les services régionaux de santé, y compris de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Nous avons collaboré avec le ministère provincial de la Santé à la mise au point de stratégies de prévention du suicide. Même au niveau de la province, les ressources ne sont pas suffisantes.

En outre, nous pensons qu'il faut réaménager les ressources que nous estimons nécessaires pour venir en aide aux personnes de notre population qui ont des problèmes de santé mentale. Nous estimons que les services de santé mentale offerts aux Canadiens en général ne fonctionnent bien ni pour eux ni pour nous. Nous avons un contexte qui nous situe dans la tradition. Notre peuple est proche de la terre, a le sens de la communauté et de la famille élargie et nous avons conservé ces valeurs jusqu'à aujourd'hui. Souvent, les services de santé mentale amènent les gens à se soigner individuellement, mais ils reviennent à la famille. Ils reviennent à la collectivité.

Nous avons des communautés de personnes. Notre peuple a perdu la capacité de faire des choix existentiels et en est resté traumatisé. Le démembrement de nos familles a eu des conséquences énormes.

I believe that we cannot look at the mainstream mental health framework model as an answer. We have to start looking at putting resources into developing our own models or working together in a true partnership where we have a voice that says, "This is not working for us, let's look at how we can alter and enhance it."

The Deputy Chairman: My perception was you have to be in control. You have to have your community resources and be in control of them. However, the situation with mental health, addiction, suicide and so on is an enormously complex problem across the country. You are quite right that it is not handled appropriately anywhere, so you have nobody to learn from.

Nonetheless, when you get down to the pragmatic point of application of a system, I do not think you would ever have enough resources within your own community, so you will somehow have to be able to purchase them. The way I see it, that is the big move that has to be made, is to give you the clout to organize what you need and go out and buy it, rather than having Big Brother in Ottawa telling you how to do it.

Senator Pépin: Everything has to be central.

The Deputy Chairman: If it is to achieve a result, it has to be in the hands of people who know what they are doing.

Senator Gill: We look at what is going on right now, but do not forget, the situation now is not the situation that used to be. For example, there are nations. The Aboriginal nation was almost destroyed. Now people are living on band by band. The band comes from the Indian Act. You have to consider that. If you provide services on a national basis it is different, because a nation is a group of communities, sometimes lots of communities, like the Cree Nation, for example. There are lots of people. Instead of looking at people band by band, it is a different picture. You have more resources, more talents and things like that if we come back to what was there before, the real situation.

This is not a question, it is a comment. We are acting in that way today, but we have to rebuild lots of things amongst the First Nations.

Ms. Gwen Wasicuna, Community Wellness Worker, Assembly of Manitoba Chiefs: I am from Sioux Valley, Dakota Nation. I was asked to come here to represent the program that I work in, mental health and wellness. I sent an outline of the program. You can take a look to see if you have any questions, or did you want me to read it out?

The Deputy Chairman: I would prefer if you just briefly summarized what you have here. Tell us what you are trying to do and what your problems are.

Ms. Wasicuna: In our community of Sioux Valley, one of the main goals that we have achieved is to have a community help line for members of our community who are suicidal and linking them

Je ne pense pas que nous puissions utiliser comme modèle le système de santé mentale destiné au grand public. Nous devons commencer à réunir les ressources nécessaires pour élaborer nos propres modèles ou collaborer dans un partenariat véritable qui nous permette de nous dire parfois : « Ce service ne fonctionne pas bien pour nous; essayons de voir comment nous pouvons le modifier et l'améliorer. »

Le vice-président : Selon moi, vous devez avoir le pouvoir de décision. Vous devez avoir les ressources nécessaires à votre collectivité et pouvoir les contrôler. Cependant, l'ensemble du pays est aux prises avec un problème énorme en matière de santé mentale, de toxicomanie, de suicide, etc. Vous avez tout à fait raison de faire remarquer que ce problème n'est bien géré nulle part, si bien que vous n'avez aucun modèle à imiter.

En revanche, pour ce qui est de l'application pratique d'un système, je ne pense pas que vous ayez les ressources suffisantes au sein de votre collectivité et que vous serez contraints de faire appel à des ressources de l'extérieur.    mon avis, l'essentiel, c'est de vous donner les moyens de définir ce dont vous avez besoin et d'obtenir ces services plutôt que d'attendre qu'Ottawa vous dise comment procéder.

Le sénateur Pépin : Tout doit être central.

Le vice-président : Si l'on veut des résultats, il faut que le pouvoir de décision soit entre les mains des gens qui savent ce qu'ils font.

Le sénateur Gill : Nous décrivons la situation actuelle, mais il ne faut pas oublier que les choses ont bien changé. Par exemple, il y a des nations. La nation autochtone a été pratiquement détruite. Aujourd'hui, les gens vivent dans des bandes. Les bandes ont été créées par la Loi sur les Indiens. Il ne faut pas l'oublier. Si l'on décide d'offrir des services à l'échelle nationale, la situation devient différente, parce qu'une nation est un ensemble de collectivités. Elle regroupe parfois beaucoup de collectivités, comme la nation crie, par exemple. Cela fait beaucoup de monde. La perspective est différente d'une situation où l'on aborde la question bande par bande. Vous disposez de plus de ressources, de talents et autres qu'auparavant.

Ce n'est pas une question, c'est un commentaire. Nous nous y prenons de cette manière aujourd'hui, mais il y a beaucoup de choses à restaurer dans les Prem  res nations.

Mme Gwen Wasicuna, travailleuse spécialisée dans le mieux-être communautaire, Assemblée des chefs du Manitoba : Permettez-moi de me présenter. Je suis de la nation dakota de Sioux Valley. On m'a demandé de venir parler du programme de santé mentale et de mieux-être pour lequel je travaille. Je vous ai fait parvenir une description du programme. Vous pouvez peut-être la consulter et me poser des questions, à moins que vous préféreriez que je vous la lise?

Le vice-président : Je préférerais vous demander de résumer brièvement le document. Dites-nous ce que vous voulez faire et quels sont les obstacles auxquels vous vous heurtez.

Mme Wasicuna : Dans notre collectivité de Sioux Valley, une de nos principales r  alisations a été la mise en place d'une ligne téléphonique d'aide que peuvent appeler les membres de notre

up to other resources. Often, we use resources within the community and not the professionals from outside because a lot of our members are used to speaking in their own language and are comfortable talking with male or female, depending on their gender. There are cultural differences in how you talk to one another, whether you are male or female. They have a hard time connecting with the professionals, whether they are therapists or crisis intervention workers, if they do not know what the protocol is or what gender they are. Therefore, it is often linkage to community resources, whether it is Elders or extended family. This helps them when they are suicidal or having suicidal thoughts.

We found though that with our volunteer wellness team we need to continuously, month to month, year to year, train them so that they can work within the community, plus know some of the language, some of the mental health issues that the therapists ask about when they use outside resources. It is continuously updating that. We are always short of funds to do that for our community volunteers, who are out there helping us 24/7 sometimes.

We need continuous training for our community members to be able to help and use them as a resource, more so than some of the professional resources in mental health, the counselling that is available to us. People are only allowed maybe six to eight sessions to deal with whatever past issues that they have to deal with. Often, it takes that long just to get connected with the person, and then it is chopped off. You have used up all your sessions.

We are hoping to be able to extend that somehow, because addictions and the suicidal behaviour go hand in hand. We have to be able to provide the professional resources when needed, plus the community resources on a continuous basis.

We just started our program. I would say it has been in the works for about five years. The help line has been available to our community for nine years. That is purely a volunteer service for our community members and it is an after-hours support service.

There are some growing pains once in a while, but we need to continue that. We are hoping to extend it to our neighbouring communities within a 50-mile radius, Birdtail Sioux and Canupawakpa Dakota Nation, and help them to link up with that resource, but there are just not enough funds to do that.

That is what we have done so far and what we wish to have happen.

Senator Johnson: If I am following your earlier comments, how do they get the funding that they need to develop the programs they want in their communities? I think this study and the

collectivité qui ont des tendances suicidaires, afin que nous puissions les orienter vers d'autres ressources. Souvent, nous faisons appel aux ressources disponibles dans notre collectivité même, plutôt que de faire appel à des spécialistes de l'extérieur, étant donné que beaucoup de membres de notre collectivité ont l'habitude de parler leur propre langue et préfèrent communiquer avec un homme ou une femme, selon le cas. Il y a des différences culturelles dont il faut tenir compte quand on s'adresse à quelqu'un d'autre, que ce soit un homme ou une femme. Les personnes qui appellent notre ligne téléphonique ont de la difficulté, lorsqu'elles ne connaissent pas le protocole et ne savent pas si elles s'adressent à un homme ou une femme, à communiquer avec les spécialistes, qu'ils soient thérapeutes ou travailleurs chargés des interventions d'urgence. Par conséquent, nous avons souvent recours aux ressources de la collectivité, que ce soit les anciens ou la famille élargie. C'est une aide pour les personnes qui ont des idées suicidaires.

Nous avons remarqué cependant que nous devons offrir une formation continue aux bénévoles de notre équipe de mieux-être, mois après mois, année après année, afin qu'ils puissent travailler dans la collectivité, connaître un peu la langue et certains problèmes de santé mentale pour pouvoir renseigner les thérapeutes lorsqu'ils font appel à des ressources de l'extérieur. Il faut continuellement se tenir au courant. Nous manquons toujours de fonds pour la formation des bénévoles qui nous aident parfois 24 heures sur 24 et sept jours sur sept.

Nous devons offrir aux membres de notre collectivité une formation continue afin qu'ils puissent aider et nous servir de ressources, plutôt que de faire appel aux ressources professionnelles en santé mentale, aux conseillers qui nous sont proposés. Les gens n'ont droit qu'à six ou huit séances pour régler leurs problèmes. Or, il arrive souvent que cela suffise à peine pour établir un contact avec la personne. L'intervention prend fin lorsque toutes les séances ont été utilisées.

Nous espérons être en mesure d'offrir un plus grand nombre de séances, étant donné que les toxicomanies et le comportement suicidaire vont de pair. Nous devons être en mesure d'offrir les ressources professionnelles quand elles sont nécessaires, ainsi que les ressources communautaires de manière continue.

Notre programme est tout nouveau. Je pense qu'il était en préparation depuis environ cinq ans. La ligne téléphonique d'aide est offerte aux membres de notre collectivité depuis neuf ans. C'est un service entièrement bénévole offert aux membres de notre collectivité, un service de soutien après les heures de travail.

De temps à autre, nous faisons face à une crise de croissance, mais nous devons continuer. Nous espérons pouvoir étendre le service aux collectivités environnantes dans un rayon de 50 milles, soit les collectivités de Birdtail Sioux et Canupawakpa de la nation dakota, afin de les aider à se greffer à cette ressource, mais nous n'avons pas les fonds nécessaires pour le faire.

Voilà ce que nous avons fait jusqu'à présent et ce que nous aimerions réaliser.

Le sénateur Johnson : J'aimerais revenir à vos commentaires précédents et vous demander d'où viennent les fonds dont vos membres ont besoin pour mettre au point les programmes qu'ils

community has to look at just where the money is going in terms of health. There is a lot of money allocated, over \$13 billion, in terms of just Aboriginal programs from five departments of the federal government through the provinces, and that does not include residential schools, land claims or anything else.

I think it would be a good idea to look at that so we could know where the money would be available and make it more hands-on, because I do not know where it is going. I am frustrated after all the years I have been on the Aboriginal Committee and in the Senate. Where is it, what happens; where does it evaporate?

Ms. Meawasige: Could I just say something with regards to where money goes? As I said, the mandate for First Nations mental health lies with these BFI and BHC coordinators, who work under FNIHB. I think maybe there should be something done to look at the wage comparison between those workers who promote mental health on reserve versus the same type of program FNIHB offers in mental health services. I think you will see a wage disparity there. There is some money right there that should be looked at.

Senator Johnson: Well, I totally agree, and I would like the rest of you to comment because the rubber hits the road when it comes to this discussion.

Ms. Keeper: I do know that there will be further presentations by the Assembly of Manitoba Chiefs that will, I am sure, clarify this. The Acting Grand Chief and Irene Linklater are presenting.

Also, there is \$65 million in the National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy that is supposed to flow over the summer and through to the fall. For example, you would believe that money is to support the youth, and yet we were informed that we would not be receiving any dollars from that fund initially and not to expect it. In fact, we had a meeting with the assistant deputy minister of FNIHB and presented it to them. We had to go outside the region, because the region was not intending to flow that money to First Nations or to the youth.

It is a difficult relationship that has to be addressed.

This is not about asking for further funding for communities, it is about accessing quality resources that are available in mainstream society but not currently available to First Nations.

The Deputy Chairman: Thank you all very much.

I would like now to welcome Chief Norman Bone and Chief Ron Evans. We would appreciate if each of you would give us a brief presentation and then we would like to ask questions. As

jugent nécessaires dans leurs collectivités? Nous devons savoir, pour les besoins de notre étude, et la collectivité doit également savoir exactement où va l'argent destiné à la santé. Il y a beaucoup d'argent consacré à ce secteur, plus de 13 milliards de dollars, uniquement pour les programmes autochtones des cinq ministères du gouvernement fédéral par l'intermédiaire des provinces. Ce chiffre ne tient pas compte des montants consacrés aux victimes des pensionnats, aux revendications territoriales ou à d'autres questions analogues.

Je pense que ce serait une bonne idée de nous pencher là-dessus pour savoir où se trouve l'argent, afin de le consacrer à ces actions plus pratiques, parce que j'ignore où il s'en va. Je n'arrive pas à comprendre, après toutes ces années au Comité des affaires autochtones et au Sénat. Où va l'argent, qu'est-ce qui se passe, où disparaît-il?

Mme Meawasige : J'aimerais dire un mot sur l'utilisation de l'argent. Comme je l'ai dit, ce sont les coordonnateurs de Grandir ensemble et de Pour des collectivités en bonne santé qui sont chargés des dossiers de santé mentale des Premières nations et relèvent de la DGSPNI. Je pense qu'il faudrait comparer les salaires des travailleurs qui font la promotion de la santé mentale dans les réserves par rapport à ce qu'offre la DGSPNI pour le même type de programme en matière de service de santé mentale. Je pense que la comparaison révélerait une disparité salariale. Il faudrait savoir ce qui arrive à l'argent injecté dans le système.

Le sénateur Johnson : Vous avez tout à fait raison et j'aimerais également entendre les commentaires des autres témoins, car c'est là que le bât blesse.

Mme Keeper : Je suis persuadée que nous aurons la réponse à cette question dans les autres exposés présentés par l'Assemblée des chefs du Manitoba. Le grand chef par intérim et Irene Linklater vont présenter des exposés.

Par ailleurs, les 65 millions de dollars de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones sont censés arriver au cours de l'été et de l'automne. Par exemple, on pourrait croire que l'argent est destiné aux jeunes et pourtant, on nous a dit que l'on ne recevrait au départ aucune ressource financière de ce fonds et qu'il ne fallait pas s'attendre à en recevoir. En fait, nous avons rencontré le sous-ministre adjoint de la DGSPNI et nous lui avons posé la question. Nous avons dû nous adresser à l'extérieur de la région qui n'avait pas l'intention de faire parvenir cet argent aux Premières nations ni aux jeunes.

C'est une relation difficile à laquelle nous devons travailler.

Il ne s'agit pas de demander des ressources supplémentaires pour nos collectivités, mais tout simplement d'avoir accès aux ressources de qualité qui sont disponibles pour la société dominante mais auxquelles les Premières nations n'ont pas accès en ce moment.

Le vice-président : Merci beaucoup.

J'aimerais maintenant souhaiter la bienvenue au chef Norman Bone et au chef Ron Evans. Nous souhaitons que vous présentiez chacun un bref exposé, après quoi, nous vous poserons des

you know, we are trying to address how we can improve the mental health of the First Nations people and what can be done to lower suicide rates and treat mental illness when it occurs.

Mr. Ron Evans, Chief of Norway House Cree Nation, Assembly of Manitoba Chiefs: I am delighted to have Chief Norman Bone here with me, a colleague of mine on the health portfolio.

I want to take the time to welcome you to the territory of the Anishinabeg of Treaty #1, signed in 1871. Manitoba is the Anishinabe and Ininiw word for “where the Creator sits.” It is the original homeland to the Ininiw — the Cree — the Assiniboiné and Dakota, the Anishinabeg and Dene peoples. Together with the Ojibwe of Island Lakes and the Dene of the far North, we welcome you to this land.

The Assembly of Manitoba Chiefs was founded in 1989 as the most recent successor to political organizations our First Nations leadership established through the years to strengthen our peoples and promote and defend our treaty and inherent rights.

On May 26, 2005, the chiefs and the Government of Canada announced the establishment of the first ever treaty relations commission in Manitoba to undertake research, promote public education and understanding of the treaties and to mediate disputes based on our treaties and our inherent right to govern our own people, our lands and our resources. We are proud to say that our Grand Chief until this week, Dennis White Bird, has just been appointed the Treaty Relations Commissioner in our Province of Manitoba.

We put our treaties front and centre today because that is where we believe the change must come to improve the health of our peoples. The recognition and the affirmation of our treaty and inherent rights that the Constitution speaks to must include implementation of our treaty rights and respect for our inherent right to self-determination.

In any discussion of mental health, mental illness and addiction with regard to Manitoba First Nations people, it is essential to know that our peoples are unique. We are Cree, Dakota, Dene, Ojibwe, Ojibwe, and we have languages, cultural ways, traditions and ceremonies that make us who we are. Our people have lived in what is now called Canada since long before written records. The oral traditions of our different peoples document our history and our continuing relationship with the lands and waters of our territories.

You may have heard this before. Today, we ask you to consider the connection between mental illness and addiction that our peoples experience and the dramatic upheaval in our lives due to the imposition of new ways and laws by newcomers, including

questions. Comme vous le savez, nous essayons de trouver un moyen d'améliorer les services de santé mentale offerts aux Premières nations et nous examinons les mesures à prendre pour réduire les taux de suicide et traiter les maladies mentales lorsqu'elles se présentent.

M. Ron Evans, chef de la nation crie de Norway House, Assemblée des chefs du Manitoba : J'ai le plaisir d'être accompagné du chef Norman Bone qui est mon collègue dans le dossier de la santé.

Permettez-moi de vous souhaiter la bienvenue sur le territoire des Anishinabegs du Traité n° 1 signé en 1871. Dans les langues anishinabe et ininiw, le mot Manitoba signifie « là où le Créateur est assis ». C'est la patrie des Ininiws — des Cries — des Assiniboïnes et des Dakotas, des Anishinabegs et des Dénés. Nous nous joignons aux Ojibwes de Island Lakes et aux Dénés du Grand Nord pour vous souhaiter la bienvenue sur notre territoire.

L'Assemblée des chefs du Manitoba a été fondée en 1989 pour succéder aux diverses entités politiques que les chefs des Premières nations avaient créées au fil des années afin de protéger nos peuples et de promouvoir et défendre nos droits inhérents et issus de traité.

Le 26 mai 2005, les chefs et le gouvernement du Canada ont annoncé la création de la toute première commission des relations fondées sur les traités au Manitoba, organisme qui sera chargé d'effectuer des recherches, de sensibiliser le public et de promouvoir une meilleure connaissance des traités et d'arbitrer les différends en s'appuyant sur nos traités et notre droit inhérent à gouverner notre peuple et gérer nos terres et nos ressources. Nous sommes fiers d'annoncer que Dennis White Bird qui était notre grand chef jusqu'à cette semaine, a été nommé commissaire aux relations fondées sur les traités dans notre province du Manitoba.

Aujourd'hui, nous donnons la priorité à nos traités, parce que nous estimons que c'est d'eux que viendra le changement qui nous permettra d'améliorer la santé de nos peuples. La reconnaissance et l'affirmation de nos droits inhérents et issus de traité mentionnés dans la Constitution doivent mener à la mise en œuvre de nos droits issus des traités et au respect de notre droit inhérent à l'autodétermination.

Il est indispensable de rappeler dans tout débat concernant les Premières nations du Manitoba et portant sur les questions de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, que nos peuples ont tous leur personnalité. Nous sommes des Cries, des Dakotas, des Dénés, des Ojibwes, Ojibwes et nous avons des langues, des traditions culturelles, des coutumes et des cérémonies qui nous différencient des autres. Notre peuple vit dans ce pays que l'on appelle désormais le Canada depuis bien longtemps, avant même que l'on commence à écrire l'histoire. Les traditions orales de nos différents peuples témoignent de notre histoire et de notre lien permanent avec notre environnement terrestre et aquatique.

On vous l'a sans doute déjà dit et répété, mais aujourd'hui, nous vous demandons de vous pencher sur le lien qui existe entre la maladie mentale et la toxicomanie qui frappent nos peuples et le bouleversement dramatique dans nos existences à la suite de

the imposition of the Crown. This devastating effect has been most directly felt since the late 19th century through successive Indian Acts that control all aspects of our lives from the cradle to the grave and through residential schools. These two weapons tore apart our families, denied us their love and nurturing, and undermined our traditional livelihood and any inroads our entrepreneurs made in the newer economies.

Into the 20th century, this was a period of dispossession of our families, our lands and waters, our livelihood, our way of life. A concerted campaign was waged to take the Indian out of the child in residential schools and to take the Indians off the lands by enforcement of both federal and provincial laws.

We do not wish to recite the devastation visited upon our peoples. We do wish you to understand that our peoples continue to suffer from what our Elders and healers say is unresolved grief over the generations. Some refer to this situation or condition as historic trauma or collective grief, and it manifests itself in the high proportion of our people addicted to alcohol, drugs, gambling or other forms of addiction and in high suicide rates, especially among our young people.

This collective grief and the need to heal from this historic trauma is a complex situation that requires layers of understanding by the people affected and by those who seek to help, whether health professionals, policy-makers or private investors.

We understand that some of our people suffer from mental illness of many causes, and some illnesses we share with mainstream Canadians. For example, the Aboriginal autism society of Turtle Island held a two-day conference in Winnipeg this past weekend.

However, for the most part, the skyrocketing rates of addictions and suicide and the identification of stress influencing the onset and acute stages of chronic diseases are directly traceable to our collective history. These underlying causes of mental illness can only be addressed through acting on our treaty and inherent rights to self-determination and establishing a new relationship with the Crown. Such a relationship and partnership needs to be specific to First Nations in recognition of our place as original peoples and the diversity of our cultures. Thus, we are here today to explain that any laws, policies, programs and services for First Nations health must come from our peoples and our leadership in order to be effective.

l'imposition de nouvelles lois et façons de faire par les nouveaux arrivants, y compris l'assujettissement à la Couronne. Cet effet dévastateur s'est fait sentir le plus directement depuis la fin du XIX^e siècle par l'imposition des lois sur les Indiens successives qui contrôlent tous les aspects de notre existence, du berceau à la tombe, et par l'obligation de fréquenter les pensionnats. Ces deux armes ont détruit nos familles, nous empêchant d'être élevés par nos parents et de bénéficier de leur affection, et ont contrecarré nos modes de vie traditionnels et les initiatives que pouvaient prendre nos entrepreneurs dans les nouvelles économies.

Au XX^e siècle, nous avons été dépossédés de nos familles, de nos terres et de nos eaux, et aussi de notre mode de vie. Les autorités se sont livrées à une campagne concertée pour détruire toute trace d'indianité chez les enfants placés dans les pensionnats et pour expulser les Indiens de leurs terres par l'application des lois fédérales et provinciales.

Nous ne voulons pas faire la liste de tous les malheurs qu'ont connus nos peuples. Nous voulons que vous sachiez que nos peuples continuent à souffrir de ce mal que nos anciens et nos guérisseurs imputent à des traumatismes non résolus et transmis de génération en génération. Certains voient dans cette situation une sorte de traumatisme historique ou de deuil collectif qui se manifeste par la fréquence disproportionnée de cas d'alcoolisme, de toxicomanie, de dépendance au jeu et d'autres formes d'accoutumance, ainsi que dans des taux élevés de suicide, en particulier chez les jeunes.

Ce deuil collectif et la nécessité dans laquelle nous nous trouvons de nous libérer de ce traumatisme historique sont à l'origine d'une situation complexe aux strates multiples que doivent analyser et comprendre les personnes concernées ainsi que celles qui cherchent à les aider, que ce soit des professionnels de la santé, des décideurs ou des investisseurs.

Nous comprenons que certains de nos semblables souffrent de maladie mentale d'origines diverses et d'autres maladies que nous partageons avec le reste de la population canadienne. Par exemple, l'Aboriginal autism society of Turtle Island a tenu un congrès de deux jours à Winnipeg pendant la dernière fin de semaine.

Cependant, les niveaux inouïs qu'atteignent les taux de dépendance et de suicide et les conditions de stress préparant le terrain à des maladies chroniques qui se manifestent par la suite par des crises aiguës, sont, pour la plupart, directement imputables à notre histoire collective. On ne peut éliminer ces causes sous-jacentes de la maladie mentale qu'en mettant en application nos droits issus de traité et droits inhérents à l'autodétermination et en bâtissant une relation nouvelle avec l'État. Cette relation et ce partenariat doivent être propre aux Premières nations et reconnaître notre place comme peuple fondateur et la diversité de nos cultures. C'est pourquoi nous sommes ici aujourd'hui pour vous dire que, pour être efficaces, les lois, politiques, programmes et services se rapportant à la santé des Premières nations doivent être inspirés par nos peuples et nos dirigeants.

This January 2005, the Chiefs-in-Assembly in Manitoba adopted a 10-year action plan called the Manitoba First Nations Health and Wellness Strategy. We built upon the 1998 Assembly of Manitoba Chiefs' vision for action in health: All life comes from our Creator. Life is therefore sacred and must be preserved, protected and respected. Paramount to life is health. Thus, it is recognized and asserted that health is the total well-being and balance of our physical, mental, emotional and spiritual natures. In a collective and cooperative spirit and respectful of each First Nation's autonomy, it is our vision that total health be restored and maintained in the lives of all First Nations people in Manitoba.

Our 2005 10-year action plan is being further considered by forums last week and this to more fully involve First Nations representatives and health workers from the front lines. This will be our plan and we will bring forward our views to the Prime Minister's blueprint process. However, make no mistake, this is the plan that the Manitoba First Nations will pursue. We will continue to lobby, network, develop partnerships and seek support and funding whenever necessary to carry out our strategies to achieve our goal of restoring total health to our peoples.

Our goals are to increase life expectancy to a level comparable with non-First Nations in Manitoba; to reduce the prevalence of illness and disease rates across all ages; to improve health to a level comparable to or better than the provincial and national rates; to strengthen the service infrastructure essential to improving access by First Nations people to the health services, especially off-reserve citizens.

Our priorities are designing and implementing a First Nations health system delivery framework, strengthening comprehensive primary health care, supporting emotional and social well-being, addressing the social determinants of health, and pursuing health information and research.

Within each of these priorities, we have detailed targets and action plans for how to achieve them.

We recognize that working with federal and provincial governments and partners such as regional health authorities is essential. However, we will be true partners. This is our inherent right to self-determination and we must act upon our treaty right to health care.

You may be aware of significant research findings from Harvard University on socio-economic development and from the 14-year research study in B.C. on suicide prevention in First

En janvier 2005, les chefs assemblés au Manitoba ont adopté un plan d'action décennal intitulé Stratégie pour la santé et le mieux-être des Premières nations du Manitoba. Nous nous sommes inspirés de la vision formulée par l'Assemblée des chefs du Manitoba en 1998 dans le domaine de la santé, sur le principe selon lequel toute vie vient de notre Créateur. La vie est donc sacrée et doit être préservée, protégée et respectée. La santé est essentielle à la vie. Ainsi, nous reconnaissons et nous affirmons que la santé est le bien-être total et l'équilibre de nos différentes dimensions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles. Notre vision consiste à restaurer et maintenir la santé intégrale chez tous les gens des Premières nations du Manitoba, dans un esprit collectif de coopération et de respect de l'autonomie de chaque Première nation.

Le plan d'action décennal que nous avons adopté en 2005 a été examiné plus en détail par diverses tribunes la semaine dernière, afin de faire plus participer les représentants des Premières nations et les travailleurs de la santé. Voilà notre plan et nous avons l'intention de présenter notre vision dans le cadre du processus de planification du premier ministre. Toutefois, il ne faut pas s'y tromper, les Premières nations du Manitoba ont bien l'intention de poursuivre la mise en application de ce plan. Nous continuerons à exercer des pressions, à créer des réseaux et des partenariats et à recueillir le soutien et le financement nécessaires pour mener à bien nos stratégies et atteindre notre but qui consiste à permettre à nos semblables de recouvrer la santé dans tous les domaines.

Nous nous donnons pour buts d'obtenir une espérance de vie comparable à celle des habitants du Manitoba qui n'appartiennent pas aux Premières nations; de réduire la fréquence des maladies et différents troubles dont nous souffrons à divers âges; d'améliorer la santé afin d'atteindre un niveau comparable ou supérieur au niveau provincial et national; de renforcer l'infrastructure de services essentiels pour donner aux membres des Premières nations accès aux services de santé, en particulier à ceux qui vivent à l'extérieur des réserves.

Nos priorités consistent à élaborer et mettre en œuvre une structure pour la prestation de soins de santé aux Premières nations, à renforcer la prestation de soins de santé primaires complets, à encourager le mieux-être émotionnel et social, à s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et à poursuivre l'information et la recherche en matière de santé.

Nous avons déterminé les cibles visées dans chacune de ces priorités ainsi que les plans d'action que nous avons l'intention d'appliquer pour les atteindre.

Nous reconnaissons qu'il est indispensable de collaborer avec les gouvernements fédéral et provincial, ainsi qu'avec des partenaires tels que les autorités régionales de la santé. Toutefois, nous avons l'intention d'être des partenaires véritables. C'est notre droit inhérent à l'autodétermination et nous devons exercer notre droit issu des traités pour obtenir des soins de santé.

Vous êtes peut-être au courant des importantes conclusions d'une recherche réalisée par l'Université Harvard sur le développement socioéconomique et d'une autre recherche

Nations. The Harvard project on Native American tribes found, through several years of onsite work with First Nations in the U.S. and Canada, that business success in First Nations in Canada and tribes in the United States depended upon a few factors such as a stable government and regulations, adequate funding, and, importantly, the cultural match of the business to the community. Similarly, the ongoing 14-year study of Chandler and Lalonde, "Cultural Continuity as a Hedge against Suicide," found that First Nations who had control of essentially government functions such as education, health, community services, who worked to resolve land claims and actively practised their cultural traditions, had little to no suicide. Thus, culture is a major contributing factor to the well-being of our people and to the success and stability of community initiatives to provide opportunity and hope.

It can be noted that Manitoba First Nations will be working with Dr. Lalonde on an expanded population health/indigenous methodologies study of cultural continuity with Manitoba First Nations perspectives — the Cree, the Dakota, the Dene, the Ojibway and the OjiCree.

The foundation of our cultures is the relationship we have with the Creator. We believe in a spiritual connection to healing and good health. For this reason, we honour and respect traditional healers, traditional medicines from the earth and the healing ceremonies of our peoples. We will work to ensure that there will always be a respected place for our medicines, our healers and our ways within an effective health system for our people. Yet presently, health care services for First Nations people are not based on holistic and spiritual health. Our people cannot be well unless our spirits are well. The very concepts of health in our own languages speak of walking in balance, and thus we must build new health systems that are infused with spiritual care.

All life is interconnected, and this is the way health services and programs need to be, from prevention, education and treatment to healing to palliative care. We believe that integration of services means building strong interconnections to enable an ongoing, supportive delivery of those services. We are pleased that this committee has cited the social determinants of health, as our First Nations communities need adequate housing, high quality education and access to employment and training opportunities.

The demographics in Manitoba and Saskatchewan point to the reality that within a decade, more than a third of the workforce will be primarily First Nations as well as other Aboriginal

réalisée sur une période de 14 ans en Colombie-Britannique et consacrée à la prévention du suicide dans les Premières nations. La recherche de Harvard sur les tribus autochtones américaines a révélé, après plusieurs années de travail sur place dans les Premières nations des États-Unis et du Canada, que le succès des entreprises dans les Premières nations au Canada et dans des tribus aux États-Unis dépendait de quelques facteurs tels que la stabilité du gouvernement et de la réglementation, d'un financement approprié et, surtout, d'une adaptation culturelle de l'entreprise à la collectivité. De même, l'étude que Chandler et Lalonde ont consacrée sur une période de 14 ans à la continuité culturelle en tant qu'agent protecteur contre le suicide a constaté que les Premières nations qui exercent un contrôle sur des fonctions essentiellement gouvernementales telles que l'éducation, la santé, les services communautaires, qui ont œuvré pour résoudre les revendications territoriales et qui pratiquent activement leurs traditions culturelles, connaissent un taux de suicide nul ou très bas. Par conséquent, la culture est un facteur contributif important pour le bien-être de notre peuple et pour le succès et la stabilité des initiatives communautaires qui permettent d'ouvrir des perspectives et de donner espoir.

Je vous prie de noter que les Premières nations du Manitoba collaboreront avec M. Lalonde pour examiner la santé de la population et les méthodologies indigènes dans le cadre d'une étude de la continuité culturelle à partir des perspectives des Premières nations du Manitoba — Cris, Dakotas, Dénés, Ojibwas et Ojicris.

Nos cultures prennent appui sur la relation que nous entretenons avec le Créateur. Nous croyons que la guérison et la bonne santé reposent sur une dimension spirituelle. C'est pourquoi nous honorons et respectons les guérisseurs traditionnels, les médecines traditionnelles de la terre et les cérémonies de guérison que pratiquent nos peuples. Nous prendrons les moyens nécessaires pour réserver une place de choix à nos médecins, nos guérisseurs et nos coutumes dans un système de santé efficace pour notre peuple. À l'heure actuelle, cependant, les services de soins de santé offerts aux Premières nations ne s'appuient pas sur une perspective holistique et spirituelle. Si l'esprit n'est pas sain, notre peuple ne peut pas être en bonne santé. Nos langues autochtones décrivent la santé comme un état d'équilibre. C'est pourquoi, nous devons instaurer de nouveaux services de santé qui font place à la dimension spirituelle.

Dans la vie, tout est lié et il faut qu'il en soit de même pour les services et programmes de santé, qu'il s'agisse de prévention, d'éducation et de traitement, de guérison ou de soins palliatifs. Nous sommes convaincus que l'intégration des services consiste à établir des liens solides qui permettent la prestation continue et efficace de ces services. Nous sommes ravis que le comité ait mentionné les déterminants sociaux de la santé, étant donné que nos collectivités des Premières nations ont besoin de bonnes conditions de logement, d'une éducation de haute qualité et d'un accès aux possibilités d'emploi et de formation.

Au Manitoba et en Saskatchewan, l'évolution démographique est telle que dans une décennie, plus d'un tiers de la population active sera composée essentiellement de membres des Premières

peoples. The future economy of the Prairies depends a great deal on our peoples obtaining the education and employment opportunities needed and building the future for all of us.

Finally, our languages hold thousands of years of knowledge of our lands and waters. Our values and teachings are based upon our people's intimate knowledge of our lands. Our Elders tell us that everything we need to make us well is in our own territory. It is essential that we care for the environment to ensure that the nurturance and healing of the lands and waters continue and our treaties and inherent rights are respected so that we have continued access to our lands, medicines and ceremonial places.

Our role as chiefs is multifaceted. We work with our council, Elders and all our people to ensure that our First Nations are healthy, viable communities in which to live and grow as individuals and families. Moreover, our role is to protect and strengthen our treaty and inherent rights to ensure that the Anishinabe, Ininiw, the Dakota, the Dene and Ojicree people continue as diverse, unique peoples for endless generations to come.

In conclusion, we wish to address your specific questions. What should be the top priorities for the federal government as it starts the process of changing the way it delivers mental health services and addiction treatment to First Nations? — to address the intergenerational impact of the Indian Act and residential schools, that is, colonization and assimilation; and the lack of implementation of the treaties and recognition of our inherent right to self-determination. What would be the most appropriate structures and processes to ensure that First Nations have adequate input into the design of services they need? The answer we seek is bilateral arrangements, First Nations to federal government. How can the federal government organize itself to deliver those services most efficiently and effectively? It can fund First Nations health planning and delivery as demonstrated by and will be implemented through our coordinated efforts in the Manitoba First Nations health and wellness strategy, a 10-year plan for action, 2005 to 2015. Who should take responsibility for carrying out an environmental scan to determine what programs exist, identify duplication among government departments and organizations, significant gaps in programming and how best to maximize the effective use of available resources? The Assembly of Manitoba Chiefs and Manitoba First Nations, along with government and university partners, have taken a lead in divining the state of First Nations health, health care usage and access and the particular barriers First Nations face in interjurisdictional disputes over health care. We would be glad to send you a listing of these resources.

nations ainsi que d'autres peuples autochtones. L'avenir économique des Prairies repose en grande partie sur la possibilité pour nos peuples d'avoir accès à l'éducation et à l'emploi afin de pouvoir bâtir un avenir pour nous tous.

Enfin, nos langues sont des trésors millénaires de connaissances sur nos milieux terrestres et aquatiques. Nos valeurs et enseignements sont basés sur la connaissance intime des terres par notre peuple. Les anciens nous disent que nous pouvons trouver dans notre territoire tout ce dont nous avons besoin pour retrouver le bien-être. Il est essentiel de prendre soin de l'environnement afin de continuer à nourrir et guérir les terres et les eaux et de faire respecter nos droits inhérents et issus des traités pour que nous puissions continuer à avoir accès à nos terres, nos médecines et nos centres cérémoniels.

En tant que chefs, nous avons des rôles multiples à jouer. Nous collaborons avec notre conseil, avec les anciens et avec l'ensemble de notre peuple pour faire en sorte que nos Premières nations puissent accueillir les particuliers et les familles et leur permettre de vivre et de croître dans des collectivités saines et viables. En outre, nous avons également pour rôle de protéger et de renforcer nos droits inhérents et issus de traités afin que les Anishinabés, les Ininiws, les Dakotas, les Dénés et les Ojicris demeurent des peuples distincts pour les générations à venir.

En conclusion, nous aimerions répondre aux questions précises que vous avez soulevées. Quelles devraient être les grandes priorités du gouvernement fédéral au moment où il se lance dans un processus visant à modifier la façon dont il offre les services de santé mentale et de traitement des toxicomanies aux Premières nations? — il devrait prendre en compte l'impact intergénérationnel de la Loi sur les Indiens et des pensionnats, en l'occurrence la colonisation et l'assimilation, ainsi que la non-application des traités et le refus de reconnaître notre droit inhérent à l'autodétermination. Quels seraient les structures et les processus les plus appropriés pour permettre aux Premières nations de participer pleinement à la conception des services dont elles ont besoin? Selon nous, la réponse se trouve dans des ententes bilatérales entre les Premières nations et le gouvernement fédéral. Comment le gouvernement fédéral doit-il s'y prendre pour fournir ces services de la manière la plus efficace et la plus efficace possible? Il peut financer la planification et la prestation des services de santé aux Premières nations en s'inspirant de nos efforts combinés pour mettre en place la stratégie de la santé et du mieux-être des Premières nations du Manitoba, un plan d'action décennal couvrant la période de 2005 à 2015. Qui devrait se charger d'effectuer une analyse du contexte afin de déterminer quels sont les programmes existants, de repérer le double emploi entre les ministères et organismes gouvernementaux, les lacunes importantes dans la programmation et comment maximiser l'utilisation efficace des ressources disponibles? L'Assemblée des chefs du Manitoba et les Premières nations du Manitoba, de concert avec leurs partenaires du gouvernement et de l'université ont pris les devants en dressant un portrait de la santé des Premières nations, de l'accès aux services de santé et de l'usage qu'elles en font, ainsi que des obstacles particuliers que les

Honourable senators, we wish you good deliberations. We hope we have furthered your understanding and we look forward to your recommendations, your questions. With that, I conclude, and I say ekosi, miigwech, mahsi cho, wopida, merci, and thank you. I will turn it over to my fellow chief.

Mr. Norman Bone, Chief of Keeseekoowenin First Nation, Assembly of Manitoba Chiefs: Thank you very much. I just echo and support the statements that Chief Ron Evans made and I would like to, in numerous nutshells, request more quality money for the work we have to do.

I am just echoing Chief Evans and supporting what he has presented for us. Hopefully, the message that we can give to you and you can pass on to the people you work with is what has happened to us is, overnight, our lifestyle had changed. When the reserves were created, basically it did not take very long for that change to happen. This created what was referred to as the historical trauma, but it was a traumatic experience for many of our people.

At one time, the First Nations people of this area roamed and worked the entire countryside to maintain their lifestyles. It was changed basically overnight by having to, in our case, live on a reserve that is 5,000 acres. That changed things for us drastically.

The way this affected us mentally, if you take a look at the stats, the numbers tell those stories for us. In 100 years we have had all kinds of things happen to us, aside from the strategy here, the residential schools, the children's aid society system, how it did not serve us very well in the early part of the last century.

I can keep on giving more examples of that, but I tried to put this into a nutshell, in about three points. One is assisting us in reviewing and understanding our situation, the work that we have to do as a result of that. We need resources for our communities off and on the reserves to work on awareness, prevention and treatment programs. We need to be in control of those resources for ongoing program development and implementation.

What has happened to us in 100 years will not change, unfortunately, overnight and we hope that our presentation here today will assist you in taking that message on to where you have to take it so that we can look at doing the damage control ourselves, working with our Elders, our youth, the women, the men and our children to correct the harm that was caused over the past 100-odd years.

Premières nations rencontrent dans les différents multipartites dans le domaine des soins de santé. C'est avec plaisir que nous nous proposons de vous faire parvenir une liste de ces ressources.

Honorables sénateurs, nous vous souhaitons d'excellentes délibérations. Nous espérons que nous avons contribué à vous faire mieux comprendre les enjeux et nous attendons vos recommandations et vos questions. Cela étant dit, je conclus en disant ekosi, miigwech, mahsi cho, wopida, merci et thank you. Je vais maintenant céder la parole à mon collègue, le chef Norman Bone.

M. Norman Bone, chef de la Première nation Keeseekoowenin, Assemblée des chefs du Manitoba : Merci beaucoup. J'approuve sans réserve les propos du chef Ron Evans et je voudrais, en quelques points, demander plus d'argent de qualité pour le travail que nous avons à faire.

Je me fais l'écho des déclarations du chef Evans et j'appuie ce qu'il nous a présenté. J'espère que le message que nous vous laisserons — et que vous pourrez transmettre aux gens avec qui vous travaillez —, c'est que notre mode de vie a changé du jour au lendemain. Quand les réserves ont été créées, il n'a pas fallu longtemps avant que les choses changent. Il en a résulté ce qui a été qualifié de traumatisme historique; l'expérience a certainement été traumatisante pour beaucoup de nos gens.

À une certaine époque, les Premières nations de la région parcouraient et exploitaient tout le territoire pour maintenir leur mode de vie. Tout a changé à peu près du jour au lendemain puisque nous avons dû aller vivre, dans notre cas, dans une réserve de 5 000 acres. Cela a changé notre situation du tout au tout.

Quant à savoir comment cela nous a touchés sur le plan de la santé mentale, vous n'avez qu'à regarder les statistiques; les chiffres racontent l'histoire pour nous. En 100 ans, il nous est arrivé toutes sortes de choses, sans parler de la stratégie appliquée ici — les pensionnats, les sociétés d'aide à l'enfance —, qui ne nous ont pas beaucoup aidés pendant la première partie du siècle dernier.

Je pourrais vous donner une foule d'autres exemples, mais j'ai essayé de me limiter à trois points environ. Il faudrait d'abord nous aider à analyser et à comprendre notre situation, et le travail que nous avons à faire en conséquence. Nous avons besoin de ressources pour nos communautés, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves, afin de travailler à des programmes de sensibilisation, de prévention et de traitement. Nous devons avoir le contrôle de ces ressources pour pouvoir élaborer et mettre en oeuvre des programmes permanents.

Ce qui nous arrive depuis 100 ans ne changera malheureusement pas du jour au lendemain, et nous espérons que notre présentation d'aujourd'hui vous aidera à transmettre ce message à qui de droit pour que nous puissions envisager de limiter les dommages nous-mêmes, en travaillant avec nos anciens, nos jeunes, nos femmes, nos hommes et nos enfants pour corriger les torts causés depuis une centaine d'années.

Just to give you an example of 30 years ago in my community. We did not have any money for counsellors or for mental health workers. We had a volunteer alcohol worker or person who ran the AA program and was seeing anywhere from one to nine people throughout the course of the year, trying to assist them in gaining their stability and sobriety.

Roll it up to 30 years now, we have been able to access — which is okay but still not enough — through the transfer control programs a mental health worker and a NADAP worker. With a community our size on 5,000 acres, between 400 and 500 people, those workers are seeing anywhere up to 120 people. We need more work to help those individuals who come to the health centre looking for assistance with their own stability. We do not have a professional counsellor on staff, but one of the workers who comes to our community is seeing anywhere from 60 to 120 people, with the help of the mental health worker, the BFI worker and the NADAP worker. Therefore, there is a lot of work to be done there.

That is just on reserve. We still have many people we need to reach out to who are within areas like Winnipeg or Brandon, where our community peoples live.

I thought I would just add that to try to give a picture of what is happening with our community. The last presenters were giving some of those pictures. One made a joke as well — we need more quality money. We need enough money to be able to pay the workers properly to carry out the work that needs to be done in relation to the mental health services. Thank you very much.

Senator Kirby: I wonder if I can ask a broad question. When the committee did its previous study, we were appalled at all the health statistics from the on-reserve Aboriginal community. They are truly third world and outrageous. Forgetting just for the moment about mental health — I will come back to that in a second — how do we begin to deal with that? I think it was Chief Evans who talked about a partnership with the regional health authorities, the province, the federal government, and so on. The federal government basically does not provide on-the-ground services in any event, other than airplanes, so would you be better off if, effectively, the federal government signed a contract to pay for all of the services with the provincial government, which has the resources on the ground? The federal government would get out of the day-to-day picture because, as best as I can tell across the country, that does not help anybody. With federal funding, you people would negotiate directly with the provincial government, with the on-the-ground community services. I understand the federal government has to pay for it. This is not an attempt to save money, this is an attempt to get somebody out of the picture who, it seems, is not contributing anything to help solve your problems.

Il y a 30 ans, dans ma communauté, par exemple, nous n'avions pas d'argent pour des conseillers ou des professionnels de la santé mentale. Nous avions un bénévole qui travaillait avec les alcooliques ou qui s'occupait des Alcooliques Anonymes, et qui pouvait voir de une à neuf personnes au cours de l'année pour essayer de les aider à atteindre la stabilité et la sobriété.

Aujourd'hui, 30 ans plus tard, nous avons pu avoir accès — ce qui est bien, mais toujours pas suffisant — à un intervenant en santé mentale et à quelqu'un du PNLAADA dans le cadre des programmes de transfert de responsabilités. Avec une communauté de notre taille — entre 400 et 500 personnes — sur 5 000 acres, ces intervenants peuvent voir jusqu'à 120 personnes. Il nous en faudrait plus pour aider les gens qui viennent chercher de l'aide au centre de santé afin d'atteindre une certaine stabilité. Nous n'avons pas de conseiller professionnel parmi le personnel, mais un des intervenants qui vient dans notre communauté voit de 60 à 120 personnes, avec l'aide des professionnels des services de santé mentale, et des gens de Grandir ensemble et du PNLAADA. Il y a donc beaucoup de travail à faire là.

Et c'est seulement dans la réserve. Nous avons encore bien des gens à aider dans les régions comme celles de Winnipeg ou de Brandon, où vivent beaucoup de membres de notre communauté.

Je voulais ajouter cela pour vous donner une idée de ce qui se passe dans notre communauté. Les témoins précédents ont présenté une partie du tableau. Il y en a même un qui a fait une blague — il nous faut plus d'argent de qualité. Il nous faut suffisamment d'argent pour pouvoir payer les intervenants correctement afin qu'ils puissent faire le travail qu'il y a à faire au sujet des services de santé mentale. Merci beaucoup.

Le sénateur Kirby : J'aimerais poser une question générale. Quand nous avons fait notre dernière étude, nous avons été atterrés par les statistiques sur la santé dans les réserves autochtones. Ces communautés vivent vraiment dans des conditions dignes du tiers monde, et c'est inacceptable. Oublions un instant la santé mentale. Je vais y revenir dans une seconde, mais comment pouvons-nous nous attaquer à ce problème? Je pense que c'est le chef Evans qui a évoqué un partenariat avec les autorités régionales de la santé, la province, le gouvernement fédéral, et ainsi de suite. Le gouvernement fédéral ne fournit pas de services sur le terrain de toute manière, à part le transport par avion. Par conséquent, seriez-vous en meilleure posture si le gouvernement fédéral signait un contrat selon lequel il s'engagerait essentiellement à payer pour tous les services avec le gouvernement provincial, qui possède les ressources sur le terrain? Le gouvernement fédéral ne s'occuperait plus de ce dossier au jour le jour parce que, d'après ce que je peux voir dans tout le pays, cela n'aide personne. Grâce aux fonds fédéraux, vous pourriez négocier directement avec le gouvernement provincial et les services communautaires sur le terrain. Je comprends que c'est le gouvernement fédéral qui doit payer pour cela. Ce n'est pas une tentative pour économiser; c'est une tentative pour faire sortir du paysage quelqu'un qui ne semble pas contribuer à régler vos problèmes.

Mr. Bone: That is one possibility. We have been struggling with that in trying to access some services that way already. I am not sure that we have been that successful. I will talk about one situation in our community.

Senator Kirby: Where is your community?

Mr. Bone: Elphinstone is the name of the town and Keeseekoowenin First Nation is the name of the reserve. We are just north of Brandon. We assisted the local municipalities and two other First Nations in trying to save the local hospital in terms of maintaining the doctors there. We were not successful.

Even when we and the municipal people jointly are trying to work at initiatives to provide or maintain services within our area, we are not succeeding, so what you are suggesting may not necessarily work.

Senator Kirby: Just so we are clear, there are lots of stories in Northern Ontario and elsewhere that have nothing to do with an on-reserve situation, whereas there was a story in the paper recently about how five of the six doctors in a Northern Ontario town left. It is not First Nations versus non-First Nations.

Mr. Bone: That is what I am getting at. What you are recommending is that the feds give the money for the services. We are trying that already, but it has not been that successful, not when initiatives are taken, for instance, to shut down hospitals right next to our communities. It is not working in that sense.

Senator Kirby: Who shut down the hospital? Was that a provincial or a federal decision?

Mr. Bone: A provincial decision. If you are transferring the money that way, then there are definitely some problems with the way that will be set up. The one option that I would look at is — I would not mind if you were to present it that way — why not have a contract directly with the First Nations of Manitoba so that we could create and deliver those services for ourselves.

Senator Kirby: So in a sense, the federal government would contract with the chiefs?

Mr. Bone: With a mechanism like that. That is one point.

Senator Kirby: All right. Could I ask one other question? I could not believe your numbers. You said one counsellor or NADAP worker was responsible for 120?

Mr. Bone: Up to 120. I had asked the health director in my community how many people the one counsellor who is coming to our community is seeing. The response that the health director gave was, at a minimum, 60 people. The kind of work that he does is simply awareness and prevention and some minimal treatment work. This is a worker who is shared between a couple of the reserves in our area. We also have a mental health worker.

Senator Kirby: Full time?

M. Bone : C'est une possibilité. Nous avons exploré cette avenue-là pour essayer d'avoir accès à certains services de cette façon. Je ne suis pas sûr que ce soit un succès. J'aimerais vous parler d'un cas, dans notre communauté.

Le sénateur Kirby : Où se trouve votre communauté?

M. Bone : La ville s'appelle Elphinstone, et la réserve est celle de la Première nation keeseekoowenin. C'est juste au nord de Brandon. Nous avons appuyé les municipalités de la région et deux autres Premières nations dans leurs efforts pour sauver l'hôpital local et y garder les médecins. Nous n'avons pas réussi.

Même quand nous joignons nos efforts à ceux des gens des municipalités pour fournir ou maintenir des services dans notre région, nous ne réussissons pas. Alors, ce que vous suggérez ne fonctionnerait pas nécessairement.

Le sénateur Kirby : Soyons clairs : il y a bien des problèmes, dans le nord de l'Ontario et ailleurs, qui n'ont rien à voir avec la situation dans les réserves. Il y a eu dans les journaux, récemment, un article sur le fait que cinq des six médecins d'une ville du nord de l'Ontario sont partis. Cela n'avait rien à voir avec les Premières nations.

M. Bone : C'est ce que je voulais dire. Vous recommandez que le fédéral nous donne de l'argent pour des services. C'est déjà ce qui se fait, mais ce n'est pas un succès, surtout pas quand on ferme des hôpitaux, par exemple, juste à côté de chez nous. Dans ce sens-là, cela ne fonctionne pas.

Le sénateur Kirby : Qui a fermé cet hôpital? Est-ce que c'était une décision provinciale ou fédérale?

M. Bone : C'était une décision provinciale. Si vous transférez de l'argent de cette façon-là, il y aura certainement des problèmes dans la manière d'organiser tout cela. L'option qui m'intéresserait — je ne m'opposerais pas à ce que vous présentiez une recommandation dans ce sens-là —, ce serait que vous signiez un contrat directement avec les Premières nations du Manitoba pour que nous puissions créer et administrer ces services nous-mêmes.

Le sénateur Kirby : Donc, si on peut dire, le gouvernement fédéral signerait un contrat avec les chefs?

M. Bone : Selon un mécanisme de ce genre. C'est une possibilité.

Le sénateur Kirby : D'accord. Puis-je poser une autre question? Je n'en revenais pas d'entendre vos chiffres. Vous dites qu'un conseiller ou un intervenant du PNLAADA est responsable de 120 personnes?

M. Bone : Jusqu'à 120. J'ai demandé au directeur des services de santé de notre communauté combien de gens voyaient le seul conseiller qui vient chez nous. Il m'a répondu que c'était au moins 60 personnes. Cet intervenant fait uniquement de la sensibilisation et de la prévention, et aussi un peu de traitement. Nous nous le partageons entre quelques réserves de la région. Nous avons aussi une travailleuse en santé mentale.

Le sénateur Kirby : À plein temps?

Mr. Bone: Full time, yes, but again, we have to work at training that individual to become, let us say, a qualified counsellor, and if she came back to work for us, we would not be able to afford her according to the agreement. We have a bit of a problem that way.

Senator Kirby: What is a reasonable number of people for a single worker to see? I do not have a feel for that. My instinct says up to 120 is really high.

Mr. Bone: Yes, it is high.

Senator Kirby: We can find that out. Can I just ask you one last thing? In the very last paragraph of Chief Evans's presentation, you talk about how you could give us information. Specifically, you refer to the particular barriers First Nations face in interjurisdictional disputes over health care, and we would love to see that information, the references to that or whatever you have. If you can send that to us, it is the last bullet point on page 7. I would like to understand that better. You also say there you would be glad to send us a listing. That would be really helpful.

Senator Gill: Thank you very much for your briefing. It is a good one. I like this one very much. Just in your briefing notes, you mentioned Anishinabe, Assiniboine, Dakota, Ojibwe and Dene. These are all the nations, not bands.

Mr. Evans: These are different nations.

Senator Gill: I see a difference between the bands and nations. I like this way to express that because people used to see bands as First Nations. It is a part of one of our First Nations. I think it is very important that this point be made. Just before you came we had some youth here and there was a question about that. People feel that it is very difficult for First Nations to have the services because there are not enough human resources. However, when you take the nation, the picture is quite different. That is why I think it is very important to make this distinction and good for our committee to read that because we will lead others in the national capital on that. Usually, they talk about 600 nations across the country, or more, which is not the case. There are approximately 50 nations with whom the government should deal. I think it is very important.

Senator Kirby: Senator Gill, because the witnesses would find this interesting, you live on an Ojibwe reserve?

Senator Gill: No, Innu reserve. I used to be chief.

I would like to know something because I was aware, at the time that Phil Fontaine was your Grand Chief here in Manitoba you started something here to take over from Indian Affairs. Did you succeed?

M. Bone : Oui, à plein temps, mais encore une fois, nous devons former cette personne pour qu'elle devienne une conseillère qualifiée et, si elle revenait travailler pour nous, nous ne pourrions pas nous la payer selon l'entente. Cela pose un problème.

Le sénateur Kirby : De combien de personnes un seul intervenant peut-il s'occuper, raisonnablement? Je n'en ai pas la moindre idée. Mais mon instinct me dit que 120, c'est vraiment beaucoup.

M. Bone : Oui, c'est beaucoup.

Le sénateur Kirby : Nous pouvons nous informer. Puis-je vous demander une dernière chose? Dans le tout dernier paragraphe de la présentation du chef Evans, vous dites que vous pourriez nous fournir de l'information. Vous parlez plus particulièrement des obstacles que doivent surmonter les Premières nations à cause des conflits entre gouvernements au sujet des soins de santé, et nous serions ravis d'avoir cette information, de voir vos sources ou ce que vous avez. Si vous pouviez nous envoyer cela — je veux parler du dernier point à la page 7. J'aimerais comprendre un peu mieux. Vous dites aussi que vous vous feriez un plaisir de nous envoyer une liste. Ce serait vraiment très utile.

Le sénateur Gill : Merci beaucoup de vos présentations. C'était intéressant. J'ai bien aimé cela. Dans vos notes d'information, vous mentionnez les Anishinabes, les Assiniboines, les Dakotas, les Ojibwes et les Dénés. Ce sont toutes des nations, pas des bandes.

M. Evans : Ce sont des nations différentes.

Le sénateur Gill : Il y a une différence entre les bandes et les nations. J'aime bien votre façon de le préciser parce que les gens confondaient autrefois les bandes et les Premières nations. Les bandes font partie des Premières nations. Je pense qu'il est très important de le souligner. Juste avant vous, nous avons reçu des jeunes, et il y a eu une question à ce sujet-là. Les gens trouvent que les Premières nations ont beaucoup de difficulté à avoir des services parce qu'il n'y a pas assez de ressources humaines. Mais, quand on parle de l'ensemble de la nation, le tableau est très différent. C'est pourquoi il m'apparaît très important de faire cette distinction; c'est une bonne chose que le comité lise cela parce que nous allons montrer la voie à d'autres, dans la capitale nationale, à ce sujet-là. On parle habituellement d'environ 600 nations d'un bout à l'autre du pays, ou plus, mais ce n'est pas vrai. Il y a une cinquantaine de nations avec lesquelles le gouvernement devrait traiter. Je pense que c'est très important.

Le sénateur Kirby : Sénateur Gill, vous venez d'une réserve ojibwa? Je vous pose la question parce que je pense que cela pourra intéresser les témoins.

Le sénateur Gill : Non, d'une réserve innue. J'en étais le chef.

J'aimerais que vous me disiez une chose parce que je sais qu'à l'époque où Phil Fontaine était votre grand chef ici au Manitoba, vous aviez entrepris des démarches pour assumer certaines des responsabilités des Affaires indiennes. Avez-vous réussi?

Mr. Evans: No. We started pursuing our FAI, Manitoba Framework Agreement Initiative. We have not kept to the time span that was predicted. It is taking much longer than that.

Senator Gill: However, you are still working on it?

Mr. Evans: We are still working towards that, yes.

Senator Gill: And the goal is still the same, or have you changed your mind?

Mr. Evans: No. The goal is always the same, towards self-determination and self-government; that was the whole purpose of the FAI, so we could manage our own affairs. This morning there is a signing at the Manitoba Legislature for us to take over our probation services. We have taken over our child and family services. It is no different when we seek to take over some of our own health services so we can start to manage those. Once we begin to manage those, then that allows our people to start acquiring the skills, taking responsibility for ourselves. Not only that, but once we have acquired the skills to manage our own responsibilities, we can transfer those to our children and our grandchildren. That is how we begin to address the problems that we are encountering at this time.

Senator Gill: Coming back the financial resources, since you started to get organized and to manage services for your people, you want to have the resources from Ottawa identified for the Aboriginal First Nations come to you instead of to the provincial government?

Mr. Evans: They should come to our organization, because when it is done through another entity, we are still not given that full responsibility, that full trust that we are able to manage. We have people now who have the education and the experience that can help the organization, help the communities begin to move forward. It is just that we do not have a vehicle; we do not have the resources to demonstrate what we are capable of at this time.

Senator Johnson: What resources do you have?

Mr. Bone: We do not have very much, other than what we get through the government, because some of it goes through the province. Not all of it comes directly to us. It is never adequate for us to successfully deliver some of the services that we assume responsibility for.

An example is transportation and medical transportation. We always seem to be running a deficit because no one can determine what the expense will be, so right away, the majority of us are seen as not competent to deliver that. At the same time, it is not something that we have total control over. There are other players at the table, yet we are the ones who have to try to deal with at the community level.

M. Evans : Non. Nous avons entrepris des démarches au sujet de l'Initiative sur l'Entente-cadre du Manitoba. Nous n'avons pas respecté les délais prévus. C'est beaucoup plus long que nous le pensions.

Le sénateur Gill : Mais vous y travaillez toujours?

M. Evans : Nous travaillons toujours dans ce sens-là, en effet.

Le sénateur Gill : Et votre objectif est resté le même ou si vous avez changé d'idée?

M. Evans : Non. L'objectif est toujours le même, à savoir l'autodétermination et l'autonomie gouvernementale; c'était le but ultime de cette initiative, que nous puissions gérer nos propres affaires. Il y a une entente qui a été signée ce matin à l'Assemblée législative du Manitoba et qui nous permettra de nous occuper de nos propres services de probation. Et nous nous occupons maintenant de nos services à l'enfance et à la famille. C'est exactement la même chose quand nous cherchons à prendre la responsabilité de nos propres services de santé pour pouvoir les gérer. Une fois que nous en assumerons la gestion, nos gens pourront commencer à acquérir les compétences nécessaires et nous pourrons prendre nos destinées en main. De plus, quand nous aurons acquis les compétences nécessaires pour prendre nos responsabilités, nous pourrons les transmettre à nos enfants et à nos petits-enfants. Voilà comment nous essayons d'aborder nos problèmes actuels.

Le sénateur Gill : Pour en revenir à la question des ressources financières, depuis que vous avez commencé à vous organiser et à gérer des services pour votre population, vous voulez que les ressources mises de côté par Ottawa à l'intention des Premières nations autochtones vous soient versées à vous plutôt qu'au gouvernement provincial?

M. Evans : Elles devraient être remises à notre organisation parce que, quand il y a une autre entité qui intervient, nous ne sommes pas entièrement responsables et on ne nous fait pas entièrement confiance pour assurer la gestion. Nous avons aujourd'hui des gens qui possèdent l'instruction et l'expérience nécessaires pour contribuer à cette organisation, pour aider les communautés à progresser. C'est simplement que nous n'avons pas le véhicule nécessaire; nous n'avons pas les ressources voulues pour montrer de quoi nous sommes capables.

Le sénateur Johnson : De quelles ressources disposez-vous?

M. Bone : Nous n'en avons pas beaucoup, à part celles que nous obtenons du gouvernement, parce qu'il y en a une partie qui passe par la province. Les sommes ne nous arrivent pas au complet directement. Ce n'est jamais suffisant pour nous permettre d'assurer avec succès certains des services dont nous assumons la responsabilité.

Prenons l'exemple des transports, et en particulier du transport des malades. Nous semblons toujours en déficit parce que personne ne peut déterminer quelles seront les dépenses à cet égard; donc, dès le départ, la majorité d'entre nous ne sont pas jugés compétents pour gérer ce service. En même temps, ce n'est pas une chose que nous contrôlons entièrement. Il y a d'autres intervenants autour de la table, mais c'est nous qui devons nous débrouiller au niveau communautaire.

I wanted to respond to your earlier question about the nations. There are nine reserves or bands within our Ojibway Nation around Riding Mountain National Park. We view ourselves as the Ojibway Nation and we are spread over nine separate reserves.

I would just like to make some other comments in reference to the initiatives that were undertaken here a few years back. Of course, not all of us agree with some of the approaches, but the intent is for us to get control of as much of the resources as possible so we can correct the problems ourselves. If we continue to allow other jurisdictions to try to assist with or take on the work of correcting our problems, it will not work. The entire approach to taking over from Indian Affairs was based on that kind of foundation. Let us control all of those funds within that department, that organization. Give it in to our control so we can look at carrying out the work that is needed.

Senator Gill: You have been working on that for 10 years, I think.

Mr. Bone: Actually, about 30 years.

Senator Gill: I would like to say it is short term compared to the country, dealing with the provincial government. Sometimes, when Indian people try to do something, it seems to take time, but it is not the case, because provincial and federal governments are still fighting over the Constitution and things like that; it is short.

The issue has always been around of people who are saying that the Aboriginal people do not have the competence or they are not able to manage their own affairs, usually the money is just thrown away, things like that. How would you answer those people? I have been hearing that quite often, and probably it is the same with you. How would you answer?

Mr. Bone: I would say, "Just have patience, because we can create our own stability, given time." Sometimes the time frames that are imposed upon us are too short. For example, to fix a community that has a third party or co-management situation in two years would not necessarily work. You have to look at the systems, at how long those leaders have been there in terms of being able to correct those kinds of problems. It may take four years to correct a third-party co-management system.

Senator Gill: What about the confidence?

Mr. Bone: I think that once a community can see that it has a timetable to correct its own problems, it will develop the confidence. I am certainly seeing that in my experience of the areas that I come from.

Senator Johnson: I wanted further clarification on how the provincial government should turn things over to you. That is what you want. What about the urban areas?

J'aimerais répondre à votre question de tout à l'heure au sujet des nations. Notre nation, la nation ojibwa, compte neuf réserves, ou neuf bandes, dans la région du parc national du Mont-Riding. Nous formons la nation ojibwa, répartie dans neuf réserves différentes.

Je voudrais aussi faire quelques autres commentaires sur les initiatives lancées ici il y a quelques années. Bien sûr, nous n'approuvons pas tous certaines des approches choisies, mais ce qui compte, c'est que nous prenions en main le plus de ressources possible pour pouvoir corriger les problèmes nous-mêmes. Si nous continuons à permettre à d'autres gouvernements d'essayer de nous aider ou de corriger nos problèmes pour nous, cela ne fonctionnera pas. Toutes les démarches pour nous approprier certaines responsabilités des Affaires indiennes sont fondées sur ce genre de raisonnement. Remettez-nous tous les fonds de ce ministère, de cette organisation, et laissez-nous les gérer pour que nous puissions voir comment faire le travail nécessaire.

Le sénateur Gill : Vous y travaillez depuis dix ans, je pense.

M. Bone : Plutôt une trentaine d'années, en fait.

Le sénateur Gill : Ce n'est pas long quand on pense à l'histoire du pays et aux rapports avec les gouvernements provinciaux. Parfois, quand les Indiens cherchent à faire quelque chose, on a l'impression que cela prend beaucoup de temps, mais ce n'est pas le cas puisque les gouvernements fédéral et provinciaux se battent toujours au sujet de la Constitution, par exemple; en fait, ce n'est pas long.

Il y a toujours eu des gens pour dire que les Autochtones n'ont pas les compétences ou la capacité de gérer leurs propres affaires, que l'argent est généralement jeté par les fenêtres, et ainsi de suite. Que répondriez-vous à ces gens-là? J'ai entendu ce genre de chose très souvent, et vous aussi probablement. Que leur diriez-vous?

M. Bone : Je leur dirais : « Soyez patients parce qu'avec le temps, nous pouvons créer notre propre stabilité. » Les délais qui nous sont imposés sont parfois trop courts. Par exemple, il n'est pas nécessairement possible de régler en deux ans les problèmes d'une communauté gérée par une tierce partie ou en cogestion. Il faut regarder les systèmes en place et voir depuis combien de temps les leaders sont là pour pouvoir remédier aux problèmes de ce genre. Il pourrait falloir quatre ans pour corriger un système de cogestion avec une tierce partie.

Le sénateur Gill : Et qu'en est-il de la confiance?

M. Bone : À mon avis, une fois qu'une communauté voit qu'on lui laisse le temps de corriger ses propres problèmes, elle développe la confiance nécessaire. C'est certainement ce que je constate dans la région d'où je viens.

Le sénateur Johnson : J'aimerais avoir plus de précisions sur la façon dont le gouvernement provincial devrait vous céder des responsabilités. C'est ce que vous voulez. Que se passerait-il en ville?

Mr. Bone: We have some diversions on our side of the table too at times, but I am not sure if we want the province to just do as you suggested there.

Senator Johnson: That is what I understood, that you wanted direct control.

Mr. Bone: We are trying to look at how would we do if we had a stand-alone system where the resources would be made available to us to correct our own problems in combination with the provincial system that is involved, and it will assist. There are some areas where you might have to do some things jointly, for example, hospitals. I know my community could not build or run a hospital; we could not afford a hospital. If I worked jointly with the municipalities in our areas, maybe the whole southwest region of Manitoba would end up with one hospital.

Senator Johnson: What about the Aboriginals in the urban centres, in Winnipeg, for example?

Mr. Evans: My community has 500. My membership is 6,000, and just in the city alone, 500 of our citizens reside here. We have an office here in the city. They come there for any kind of support that they seeking. We do not turn them away, we assume responsibility for them. I think that is what we are saying as leaders in this province, that we want to be able to support all our citizens, whether they live on reserve or off reserve. We are able as a community to do that at this point.

I believe that if we were given the resources we would be able to do that for all the First Nations who live in the urban areas. It is just that right now, we do not have the resources to develop the kinds of services and programs that are needed because we are focused on trying to address the poverty and hopelessness that exists in many First Nation communities. Sometimes we are forced to take some of those resources to try to assist those living in the urban areas.

Senator Johnson: Well, as we discussed with the last witnesses — we had a very good discussion about this as well — where does the money go? Where does all the money go, the \$13 billion for Aboriginal issues or programs in Canada through five departments and the provincial governments? Is it always just money, or is it the way the money is being sent through the provinces and into either reserves or the urban programs or whatever?

We have some very good programs in Manitoba, you know that, and in the city, especially in terms of healing people — Thunderbird House, other things at the Aboriginal Centre, further things happening on a number of fronts. I just want to know where the money goes now, because you want more quality money.

M. Bone : Nous ne sommes pas toujours d'accord non plus de notre côté de la table, mais je ne suis pas certain que nous voulions que la province fasse ce que vous suggérez.

Le sénateur Johnson : C'est ce que j'avais compris, que vous vouliez un contrôle direct.

M. Bone : Nous essayons de voir comment nous pourrions fonctionner si nous avions un système autonome selon lequel nous recevions les ressources nécessaires pour corriger nos problèmes, en combinaison avec le système provincial, qui intervient déjà et qui pourrait nous aider. Il y a des domaines où il faudrait peut-être faire les choses conjointement, par exemple pour les hôpitaux. Je sais que ma communauté ne pourrait pas construire ou administrer un hôpital; nous n'en aurions pas les moyens. Mais si je travaillais en collaboration avec les municipalités de notre région, peut-être qu'il finirait par y avoir un hôpital pour tout le sud-ouest du Manitoba.

Le sénateur Johnson : Que se passerait-il pour les Autochtones des centres urbains, de Winnipeg, par exemple?

M. Evans : Ma communauté compte 500 personnes. Mais nous avons 6 000 membres et, seulement dans cette ville, il y a 500 de nos citoyens qui habitent ici. Nous avons un bureau ici. Les gens viennent pour obtenir différents types d'aide. Nous ne les renvoyons pas chez eux, nous en prenons la responsabilité. C'est ce que nous disons aux dirigeants de la province : nous voulons pouvoir soutenir tous nos citoyens, qu'ils vivent dans les réserves ou à l'extérieur des réserves. Comme communauté, nous sommes aujourd'hui en mesure de le faire.

Je suis convaincu que, si on nous fournissait des ressources, nous pourrions le faire pour tous les gens des Premières nations qui vivent en ville. C'est seulement qu'à l'heure actuelle, nous n'avons pas les ressources voulues pour mettre en place les services et les programmes nécessaires parce que nous nous concentrons sur la lutte contre la pauvreté et le désespoir, qui minent de nombreuses communautés des Premières nations. Mais nous devons parfois prendre certaines de nos ressources pour essayer d'aider les gens des régions urbaines.

Le sénateur Johnson : Eh bien, comme nous en avons discuté avec les témoins précédents — nous avons eu une discussion très intéressante là-dessus aussi —, où va l'argent? Où vont les 13 milliards de dollars consacrés aux questions autochtones ou aux programmes qui s'y rattachent, par l'intermédiaire de cinq ministères et des gouvernements provinciaux? Est-ce que c'est toujours une question d'argent, ou si le problème vient plutôt de la façon dont cet argent est envoyé par l'intermédiaire des provinces, et réparti entre les réserves et les régions urbaines, par exemple?

Nous avons de très bons programmes au Manitoba, comme vous le savez, et ici en ville, surtout pour aider les gens à guérir — il y a la Thunderbird House, les programmes du centre autochtone et différentes choses qui se passent sur un certain nombre de fronts. Je voudrais seulement savoir où va l'argent, parce que vous voulez de l'argent de qualité.

Mr. Evans: In the area of health, I believe we are in a position to provide just a number system, how that money is not helping our communities, especially those communities in the north of this province. The cost of providing treatment needs to be visited, how we can begin to provide more cost-saving treatment as opposed to what is there now. There are a lot of expenses that work towards that.

When you ask where the money goes, most of it goes to the service providers. We are just a kind of flow-through, the First Nation communities, and it is not really assisting in the way that it should. It is not providing the kind of services and treatment that it should, so that needs to be looked at.

Senator Gill: You have to work on the condition that when you give money to those organizations, you are fixing the problem. Somebody else is doing that, though, the band council.

Mr. Evans: It is not just in one area, it is a vicious circle. You spend money to treat people here, for example, one individual coming out of an overcrowded home. He comes out for treatment and then goes back to the overcrowded home. It does not change. Nothing really changes because now the people living in that same household will follow the same pattern. Unless the conditions change right in the communities and the environment, then we are not achieving what we need to, which is to bring health and healing to our people. If we do not find new or creative ways to spend money to provide treatment, then it is just an uphill battle.

At the same time, this is where we need to be given that confidence and that trust so that we can perhaps see what is wrong, because we are not given that opportunity to change things for ourselves. To do that, we need the resources.

The Deputy Chairman: We were discussing this earlier today, as Senator Johnson just mentioned. One of the reasons for the failure of the mental health system in Canada nationwide has been lack of organization at the community level. Now, it seems to me that, from what I have heard so far and the little I know about your predicament compared to what you know, there are layers of services that could be handled very well at the community level. If you had an emphasis on community care for mental health, addiction and suicide, et cetera, there are many communities where that could be organized quite well, I think, at the community clinic, primary care, social services level.

Of course, I think it would be a colossal mistake to try to organize hospital services, tertiary or quaternary mental health services; you can buy those. They exist, and for the few people who need them you can buy them. However, the masses would be treated in your community centre.

M. Evans : Dans le secteur de la santé, je pense que nous sommes en mesure de fournir des chiffres; l'argent n'aide pas nos communautés, surtout dans le nord de la province. Il faut examiner les coûts de traitement et nous demander comment nous pourrions les réduire. Il y a beaucoup d'argent dépensé dans ce but-là.

Vous demandez où va l'argent. La majeure partie va aux fournisseurs de services. Les communautés des Premières nations sont seulement des intermédiaires, en quelque sorte, et l'argent n'aide pas vraiment comme il le devrait. Il ne permet pas d'offrir le genre de services et de traitements qui seraient nécessaires; il faut donc examiner cela.

Le sénateur Gill : Vous devez travailler à partir du principe selon lequel vous pourrez régler le problème en donnant de l'argent à ces organisations. Mais il y a quelqu'un d'autre qui le fait, et c'est le conseil de bande.

M. Evans : Ce n'est pas seulement dans un domaine; c'est un cercle vicieux. On dépense de l'argent pour traiter les gens ici... Prenons par exemple le cas de quelqu'un qui vient d'une maison surpeuplée. Il vient se faire traiter, puis il retourne dans cette maison surpeuplée. La situation ne change pas. Il n'y a rien qui change vraiment parce que les gens qui vivent dans cette maison-là gardent leurs habitudes. À moins que les conditions changent dans les communautés mêmes et dans leur environnement, nous ne pourrions pas faire ce que nous avons à faire, c'est-à-dire aider nos gens à guérir et à rester en santé. Si nous ne trouvons pas de façons nouvelles ou innovatrices de dépenser l'argent prévu pour le traitement, nous n'arriverons jamais à rien.

En même temps, c'est là qu'il faut nous faire confiance et nous permettre de voir ce qui ne va pas, parce qu'on ne nous donne pas l'occasion de changer les choses nous-mêmes. Nous avons besoin de ressources pour le faire.

Le vice-président : Nous avons discuté de cette question tout à l'heure, comme vient de le mentionner le sénateur Johnson. Une des raisons de l'échec du système de santé mentale, dans l'ensemble du Canada, c'est le manque d'organisation au niveau des communautés. Mais il me semble, d'après ce que j'ai entendu jusqu'ici et d'après le peu que je sais — comparativement à vous — sur votre situation très difficile, il y a des niveaux de services qui pourraient très bien être assurés au niveau communautaire. Si on mettait l'accent sur les soins dans la communauté pour la santé mentale, le traitement de la toxicomanie et la prévention du suicide, par exemple, il y a bien des communautés où cela pourrait très bien s'organiser, à mon avis, au niveau des cliniques communautaires, des services de soins primaires et des services sociaux.

Bien sûr, je pense que ce serait une erreur colossale d'essayer d'organiser des services hospitaliers, ou des services de santé mentale de troisième ou de quatrième niveau; vous pourriez les acheter. Ils existent, et pour les quelques personnes qui en ont besoin, vous pourriez les acheter. Cependant, les masses seraient traitées dans votre centre communautaire.

It is a question of breaking it down to a realistic model. We get the message loud and clear, both from you and the people from your communities, you want to maintain control of your resources at the community levels, and you could still do that.

Mr. Bone: I would like to make two comments. One is in response to the question where does the money go? The money is given according to population or membership. We have a membership of, let us say, 900, but our on-reserve population is 600. What happens there is that through all the agreements and all the stats that we provide to the various departments, our funding is calculated on just the on-reserve population.

We have never — and I have not seen it — received any of the money for the 300 who are living, let us say, in Winnipeg or Brandon. We will never get those funds. Whatever the program, announcement, whatever you want to call it, we would never get the urban portion.

One of the approaches that some of us are looking at is having access to all of that funding so we can provide those services directly ourselves. That may not be enough, so we would have to go back to the partnership system and work with a municipal or a provincial jurisdiction in order to deliver a service. That is one possibility.

The story that I always tell is you get groups of us chiefs together, we succeed in creating an awareness of a specific problem we are having and we go to Ottawa and succeed in getting, let us say, \$100. On my way home, I have to give some to the AFN, some to the province, some to the municipality, some to the city and some to the Indian organizations that function in the urban areas. When I get home, maybe I will have \$50 of that \$100 that we succeeded in getting as a group of chiefs.

Senator Kirby: Why do you have to give it to other people?

Mr. Bone: Systems are set up. It goes back to the system. Funding is given to us through contribution agreements based on that line, on-reserve or off-reserve population, and that is where we get shot in the foot.

Senator Kirby: I still do not understand why you have to give it. I understand how the funding is arranged, but you say you have to give to, for example, the AFN.

Mr. Bone: Maybe our terms are wrong, “have to.” We share it basically with all of these other organizations that are claiming it, let us say, for advocacy or delivery of a particular service to our First Nation, members from our community.

Senator Johnson: I am from Manitoba, from Gimli, and I have watched this process for years. I have been on reserves. I have been in Norway House. I have not been in yours. I am more

Il s'agit d'élaborer un modèle réaliste. Vous nous dites très clairement — tant vous-mêmes que les gens de vos communautés — que vous voulez garder le contrôle de vos ressources au niveau de vos communautés, et il serait encore possible de le faire.

M. Bone : Je voudrais faire deux commentaires. Premièrement, quelqu'un a demandé où allait l'argent. Il est versé en fonction de la population ou du nombre de membres. Supposons que nous avons 900 membres, mais que la population de notre réserve est de 600 personnes. Ce qui se passe, c'est qu'en vertu de tous les accords et en fonction de toutes les statistiques que nous fournissons aux divers ministères, notre financement est calculé seulement à partir du nombre de personnes qui vivent dans la réserve.

Nous n'avons jamais reçu — en tout cas, je ne l'ai jamais vu — l'argent pour les 300 personnes qui vivent, par exemple, à Winnipeg ou à Brandon. Et nous ne le recevrons jamais. Quel que soit le programme, quelle que soit l'annonce, ou ce que vous voudrez, nous n'obtiendrons jamais la portion concernant les gens qui vivent en ville.

Une des approches que certains d'entre nous envisagent, ce serait d'avoir accès à tous les fonds pour que nous puissions fournir directement les services. Ce ne sera peut-être pas suffisant, ce qui fait que nous devrons en revenir à un système de partenariat et travailler avec une municipalité ou un gouvernement provincial pour assurer certains services. C'est une possibilité.

Ce que je dis toujours, c'est que quand les chefs comme nous se regroupent et réussissent à sensibiliser des gens à un de nos problèmes, nous allons à Ottawa et nous obtenons, disons, 100 \$. Mais, sur le chemin du retour, je dois en donner à l'APN, à la province, à la municipalité, à la ville et à certaines des organisations indiennes qui travaillent en milieu urbain. Quand j'arrive chez moi, il me restera peut-être 50 \$, sur les 100 \$ que nous avons réussi à obtenir en nous regroupant.

Le sénateur Kirby : Pourquoi devez-vous donner cet argent à d'autres?

M. Bone : Il y a des systèmes en place. Tout est une question de systèmes. Les fonds nous sont accordés en fonction d'ententes de contribution fondées sur ce principe, sur la population des réserves ou de l'extérieur des réserves, et c'est là que nous nous devons avoir.

Le sénateur Kirby : Je ne comprends toujours pas pourquoi vous devez donner cet argent-là. Je comprends comment le financement est organisé, mais vous dites que vous devez donner de l'argent à l'APN, par exemple.

M. Bone : J'ai peut-être mal choisi mes mots en disant que nous « devons » le donner. Nous le partageons en gros avec toutes les organisations qui nous en demandent, par exemple pour défendre nos intérêts ou pour fournir un service à notre Première nation et aux membres de notre communauté.

Le sénateur Johnson : Je viens de Gimli, au Manitoba, et je suis la situation depuis des années. Je suis allée dans des réserves. Je suis allée à Norway House. Je ne suis pas allée chez vous. Je suis

curious after 15 years in the Senate and 11 years on the Aboriginal Peoples Committee. I am still asking the same question. It never seems to be in the hands of the grassroots community.

Mr. Bone: It is never directly in our hands, correct.

Senator Gill: I think we have to be very clear on that. I agree with you there. Money has been given only for the people living on the reserve. Even if your tribe or your nation or your band is 5,000, if you have 600 people living on the reserve, the money is given just for those people.

When you are talking about the services here in town, you are talking about services for your people living on the reserve, because you do not receive any financing for people living here in Winnipeg. You are receiving money for your people living on the reserve but receiving services here. You have to pay for that because people are going back to your reserves.

Mr. Evans: Yes.

Senator Gill: Maybe it was a little confused. The money has been given for the people living on the reserve. I think it is very important to know that.

I just want to mention that I am pushing my band, my reserve, to spend money in better ways and things like that. The answer they give me is they would like to see the money being spent the best way possible because there is not too much money. The answer was always that we have so many reports to do for the government and conditions we have to answer, so the money does not mean too much at the end. Norman was talking about when you have \$100,000 for certain things, when you come home, you do not have much money left. This is the case.

I think we have to consider that and see what kind of report the band council has to produce, how many employees they need to produce that. You have to serve the structures of the federal government. In my area, this is the case. People are saying "We have to answer. We have to fulfil the conditions. We have to spend lots of money on employing people to do that."

Senator Kirby: Frankly, I have been trying to find a way around that problem, because I think it is in large measure a waste of money, at least from a health care standpoint. Get rid of the First Nations and Inuit Health Branch, just blow it up and replace it. No, I do not mean put a bomb under it, but get rid of it and have the federal government conclude there are 5,000 people, whatever the number is.

The reason for contracting with the province is that a lot of the services are in any event provided by the province, like hospitals. In that sense it is like any remote community, whether it is on a reserve or not. Have the province contract with the local band councils or the Manitoba chiefs or whoever to provide the services.

plus curieuse qu'avant, après 15 ans au Sénat et 11 ans au Comité des peuples autochtones. Je pose toujours la même question. L'argent ne semble jamais se retrouver directement entre les mains de la population, au niveau des communautés.

M. Bone : Il n'est jamais directement entre nos mains, en effet.

Le sénateur Gill : Je pense qu'il est important que ce soit très clair. Je suis d'accord avec vous. L'argent est versé seulement pour les gens qui vivent dans les réserves. Même si une tribu, une nation ou une bande compte 5 000 personnes, s'il y en a seulement 600 qui vivent dans la réserve, l'argent est accordé uniquement pour ces gens-là.

Quand vous parlez des services offerts ici, en ville, vous voulez parler de services destinés aux gens qui vivent dans les réserves, parce que vous ne recevez pas d'argent pour ceux qui habitent ici à Winnipeg. Vous en recevez pour vos gens qui vivent dans la réserve, mais qui obtiennent des services ici. Et vous devez payer parce que les gens retournent dans vos réserves.

M. Evans : Oui.

Le sénateur Gill : Ce n'était peut-être pas très clair. L'argent est versé pour les gens qui vivent dans les réserves. Je pense qu'il est très important que cela se sache.

Je voudrais simplement mentionner que j'incite parfois les gens de ma bande, de ma réserve, à mieux dépenser leur argent. Ils me répondent qu'ils aimeraient bien que cet argent-là soit dépensé le mieux possible parce qu'il n'y en a pas beaucoup. Ils disent toujours qu'ils ont tellement de rapports à faire pour le gouvernement et tellement de conditions à respecter que l'argent ne veut plus dire grand-chose en définitive. Norman parlait du fait que, quand on a par exemple 100 000 \$ pour faire certaines choses, il n'en reste plus beaucoup quand on arrive chez soi. C'est vrai.

Je pense que nous devons nous pencher là-dessus, et examiner quel genre de rapports les conseils de bande doivent produire et combien il leur faut d'employés pour les produire. Il faut respecter les structures du gouvernement fédéral. Dans ma région, c'est ce qui se passe. Les gens disent : « Nous devons répondre. Nous devons respecter les conditions. Nous devons dépenser beaucoup d'argent pour employer des gens à cette fin. »

Le sénateur Kirby : Bien franchement, j'essaie de trouver un moyen de régler ce problème, parce que je pense que c'est un gaspillage d'argent dans une large mesure, du moins du point de vue des soins de santé. Débarrassons-nous de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; faisons-la sauter et remplaçons-la par autre chose. Je ne veux pas dire qu'il faudrait y mettre une bombe, mais il faudrait la démanteler et obliger le gouvernement fédéral à reconnaître qu'il y a 5 000 personnes en cause, ou quelque chose du genre.

S'il est utile de conclure des ententes avec la province, c'est qu'il y a une foule de services qu'elle fournit déjà, par exemple dans les hôpitaux. Dans ce sens-là, c'est la même chose pour toutes les communautés isolées, que ce soient des réserves ou non. Il faudrait que la province s'entende avec les conseils de bande, les chefs du Manitoba ou les autres responsables pour fournir les services.

Other than providing money, the impression I have is that the federal government, frankly, is just a hindrance. Other than providing money, I have yet to have anybody tell me what they do that contributes positively to improving the health of First Nations people, so let's get them out of it. Have them contribute the money but nothing else. I know that sounds rather crude, but that is really where my head is at. Do either of you want to comment on that?

Mr. Bone: Well, I ought to agree with you, crude or not. If we had an exercise like that, where First Nations could access the money directly, then I would support that. Crude or not, you need to cut out all the red tape — exactly.

Senator Gill: I think I understand what you said. Correct me if I am wrong, but I think most of the First Nations would like to have the money from the federal government. Then it is up to the First Nation to deal with the provincial government or with any other organization to get the services they want if they cannot provide them themselves. You see, it is reversed, Senator Kirby.

Senator Kirby: I hear you.

The Deputy Chairman: That came through loud and clear this afternoon from your young people who appeared before you did. They said "Let us organize the services at the community level, let us buy what we cannot provide. Let the money flow to us so we can get what we need."

Mr. Bone: Exactly.

The Deputy Chairman: Ladies and gentlemen, it has been a very productive afternoon. I thank you both for coming here and sharing your expertise with us, helping us along with this report, and hopefully we can do something useful for you.

Mr. Bone: Thank you very much.

Mr. Evans: Thank you for the opportunity. It has been an honour.

The committee adjourned.

WINNIPEG, Wednesday, June 1, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 9:05 a.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

À part le fait qu'il fournit de l'argent, j'ai l'impression que le gouvernement fédéral n'est qu'un obstacle, bien franchement. Sauf peut-être avec son argent, je n'ai jamais entendu dire qu'il contribuait positivement à la santé des gens des Premières nations; il n'a donc rien à faire là. Demandez-lui de vous donner de l'argent, mais rien d'autre. Je sais que cela semble plutôt brutal, mais c'est vraiment ce que je pense. Est-ce qu'un d'entre vous voudrait commenter?

M. Bone : Eh bien, je ne peux qu'être d'accord avec vous, que ce soit brutal ou pas. Si nous procédions à un exercice de ce genre, si les Premières nations pouvaient avoir accès à l'argent directement, je serais tout à fait d'accord. Que ce soit brutal ou pas, il faut éliminer toutes les tracasseries administratives. Vous avez tout à fait raison.

Le sénateur Gill : Je pense avoir bien compris ce que vous avez dit. Corrigez-moi si je me trompe, mais il me semble que la plupart des Premières nations voudraient avoir l'argent du gouvernement fédéral. Ce serait ensuite à elles de traiter avec le gouvernement provincial ou une autre organisation pour obtenir les services qu'elles veulent et qu'elles ne peuvent pas assurer elles-mêmes. Vous voyez, c'est inversé, sénateur Kirby.

Le sénateur Kirby : Je vois.

Le vice-président : C'est ce qui est ressorti très clairement de la séance de tout à l'heure, quand vos jeunes vous ont précédés comme témoins. Ils nous ont dit : « Laissez-nous organiser les services au niveau communautaire et acheter ceux que nous ne pouvons pas fournir. Donnez-nous l'argent pour que nous puissions avoir ce qu'il nous faut. »

M. Bone : Exactement.

Le vice-président : Mesdames et messieurs, nous avons eu un après-midi très productif. Je vous remercie tous les deux d'être venus nous faire profiter de votre expérience et nous aider à préparer notre rapport, et nous espérons pouvoir faire quelque chose d'utile pour vous.

M. Bone : Merci beaucoup.

M. Evans : Merci de votre invitation. C'est un honneur.

La séance est levée.

WINNIPEG, le mercredi 1^{er} juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 5 pour examiner les enjeux liés à la santé mentale et à la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[English]

The Chairman: Honourable senators, our first two witnesses this morning are Donna Huffman, a policy analyst in the area of mental health, and Margaret Synyshyn, Program Director for the Mental Health Services for Children, Youth and Families. Thank you both for coming.

Ms. Margaret Synyshyn, Program Director, Mental Health Services for Children, Youth and Families: Good morning and welcome to Winnipeg. I would like to thank the Senate committee for the opportunity to do a short presentation on child and adolescent mental health. I had the pleasure of meeting some of you two years ago to discuss mental health primary care in the profession of psychiatric nursing. I am happy to be making a return visit to discuss another topic that is really close to my heart.

I am speaking to you today as a mental health professional who has been involved in child and adolescent mental health service delivery for the last 20 years, both as a clinician and an administrator. For the last five years I have been program director for the Winnipeg Regional Health Authority, Child and Adolescent Mental Health Program. My position encompasses responsibility for service delivery for both hospital and community based mental health services for kids, adolescents, and their families in the Winnipeg region.

In preparation for the presentation, I reviewed the questions posed about child and adolescent mental health in Report 3 of the interim report that had been sent out earlier. A number of the questions posed pointed out the complexity of dealing with children, adolescents and their families in relation to the issue of mental health. Children, adolescents and their families bring with them a host of systems that interact with them and with each other — educational systems, social service systems, justice systems, and health care service providers — and we all bring different conceptualizations, frameworks and language to the table when working with children, adolescents and their families.

All of these areas that I just mentioned need to be discussed, interpreted and really we do need to do interpretation because we do have language issues around these things, and we all need to understand them so that everyone involved has some common understanding of the issues. This must be accomplished while keeping the most important partnership — the child, adolescent and the family — at the centre of all of the planning and intervention that happens.

In my experience, attempts at integration of the systems that I just mentioned that interact with children and their families has proven to be very challenging and are no guarantee of a cohesive and efficient system. Where our program, the Child and Adolescent Mental Health Program within the Winnipeg Regional Health Authority, has had the most success is in partnering with other systems and service providers, usually around a specific issue, group or population. Leadership is

[Traduction]

Le président : Honorables sénateurs, nos deux premiers témoins ce matin sont Donna Huffman, analyste des politiques dans le domaine de la santé mentale, et Margaret Synyshyn, directrice des programmes des Services de santé mentale pour les enfants, la jeunesse et la famille. Merci d'être venues.

Mme Margaret Synyshyn, directrice de programme, Services de santé mentale pour les enfants, la jeunesse et la famille : Bonjour, et soyez les bienvenus à Winnipeg. Je tiens à remercier le Comité sénatorial de me donner l'occasion de présenter un bref exposé sur la santé mentale chez les enfants et les adolescents. J'ai eu le plaisir de rencontrer certains d'entre vous il y a deux ans, quand nous avons discuté des soins primaires de santé mentale dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques. Je suis heureuse de vous rencontrer de nouveau pour parler d'un autre sujet qui me tient vraiment à cœur.

Je m'adresse à vous aujourd'hui à titre de professionnelle de la santé mentale qui prend part à la prestation de services en matière de santé mentale aux enfants et aux adolescents depuis 20 ans, à titre tant de clinicienne que d'administratrice. Depuis cinq ans, je suis directrice du Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Office régional de la santé de Winnipeg. Mon poste s'assortit de responsabilités relatives à la prestation de services hospitaliers et communautaires en matière de santé mentale pour les enfants et les adolescents de la région de Winnipeg, ainsi que pour leur famille.

Histoire de me préparer pour mon exposé, j'ai examiné les questions relatives à la santé mentale des enfants et des adolescents posées dans le Rapport 3 du rapport intérimaire qui avait été diffusé antérieurement. Un certain nombre de questions s'attachaient à la complexité du rapport avec les enfants, les adolescents et leur famille en ce qui concerne la santé mentale. Les enfants, les adolescents et leur famille évoluent au sein d'une foule de systèmes qui influent sur ces personnes et interagissent — systèmes d'éducation, systèmes de services sociaux, appareil judiciaire, et fournisseurs de services de soins de santé — et, quand vient le temps de travailler avec les enfants, les adolescents et leur famille, nous arrivons tous avec notre bagage particulier de concepts, de cadres et de termes.

Tous ces domaines que je viens de mentionner doivent être analysés et interprétés, et cette interprétation est vraiment importante, car des problèmes linguistiques se rattachent à ces enjeux, et nous devons tous les comprendre afin que tous les intervenants s'entendent sur une vision commune des enjeux. Nous devons accomplir cela tout en veillant à ce que le partenariat le plus important — l'enfant, l'adolescent et la famille — reste au cœur de la planification et des interventions.

Selon mon expérience, les tentatives d'intégrer les systèmes que je viens de mentionner, qui influent sur les enfants et leur famille, se sont révélées très difficiles, et ne s'assortissent d'aucune garantie de cohésion et d'efficacité. Là où notre programme, le Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Office régional de la santé de Winnipeg, a connu le plus de succès, c'est dans la création de partenariats avec d'autres systèmes et fournisseurs de services à l'égard, généralement,

dependent on the circumstances and can be shared based on the goals negotiated and set by the partners, which includes the child, the adolescent and their family. The most successful interventions, that is, those whose positive impact can be measured over time, are those that use a client-centred approach that integrate the determinants of health and can be delivered using a population health framework.

To ensure good mental health, a child must be attached to their caregivers, feel safe, have the necessities of life and be afforded equal opportunities to learn, grow, and have positive experiences. This is not a new concept, nor is it one that the committee has not heard before. The National Research Council and the Institute of Medicine in the publication "From Neurons to Neighbourhoods: The Science Of Early Childhood Development," makes the statement that what happens during the first months and years of life matters a lot, not because this period of development provides an indelible blueprint for adult well-being but because it sets either a sturdy or fragile stage for what follows.

We know that all children bring with them their own biological and genetic makeup, which may either be protective or make them vulnerable to the other determinants of health. It makes so much sense, from a number of perspectives, to support those who have the strengths or resiliency to grow and maximize their potential, but it makes even more sense to ensure that those who have vulnerabilities and less resiliency are especially supported to meet their potential.

"The National Longitudinal Study, 1998/99," makes the point that although the largest proportion of vulnerable children come from low income families, the largest number of vulnerable children are from middle to high income families. Programming, therefore, needs to be inclusive of all socio-economic groups, not only targeting the lowest income group.

As a society, we miss many opportunities to invest in the young, as this group is not necessarily seen as a priority, despite the research. Even though we know that the brain is the most malleable in the early years, the majority of our spending in health, education and welfare is minimal at that time when it would have had the most impact, and is focused on adulthood and seniors, based on the data from Bruce Perry, author of "How Nature Becomes Nurture."

Although regionalized in the area of health, including child and adolescent mental health, Manitoba has established Healthy Child Manitoba, a committee of Cabinet which includes the Ministers of Health, Healthy Living, Family Services and Housing, Justice, Tourism, Aboriginal and Northern Affairs and Status of Women. Healthy Child Manitoba has supported a number of initiatives province-wide that can lead to the improved mental health of children in the province. Healthy Child

d'un enjeu, d'un groupe ou d'une population en particulier. Ce sont les circonstances qui déterminent qui dirige l'initiative, et la direction peut être assurée conjointement, à la lumière des buts négociés et fixés par les partenaires, y compris les enfants, les adolescents et leur famille. Les interventions les plus réussies, c'est-à-dire celles dont l'incidence positive peut être mesurée dans le temps, ce sont les interventions qui misent sur une approche axée sur le client, qui intègrent les déterminants de la santé, et qui peuvent être exécutées au moyen d'un cadre pour l'amélioration de la santé de la population.

Pour jouir d'une bonne santé mentale, un enfant doit être attaché aux personnes qui en prennent soin, se sentir en sécurité, avoir accès aux nécessités de la vie, et jouir des mêmes occasions que tout le monde d'apprendre, de grandir et de connaître des expériences positives. Ce n'est ni un nouveau concept ni une idée dont le Comité n'a jamais entendu parler. Le National Research Council et l'Institute of Medicine, dans leur publication intitulée « From Neurons to Neighbourhoods : The Science Of Early Childhood Development », avancent que ce qui arrive pendant les premiers mois et les premières années de la vie est très important, non pas parce que cette période de développement procure un plan indélébile pour le bien-être à l'âge adulte, mais bien parce qu'elle jette des bases solides ou fragiles pour ce qui viendra après.

Nous savons que chaque enfant a son propre patrimoine biologique et génétique, et que ce bagage peut le protéger ou le rendre vulnérable aux autres déterminants de la santé. Il est tout à fait sensé, d'un certain nombre de points de vue, de soutenir ceux qui ont les forces ou la résistance nécessaire pour grandir et maximiser leur potentiel, mais il est encore plus sensé de veiller à ce que ceux qui sont vulnérables et moins résistants bénéficient d'un soutien particulier afin qu'ils réalisent leur plein potentiel.

L'Enquête longitudinale nationale de 1998-1999 révèle que, même si la plus grande proportion d'enfants vulnérables est issue de familles à faible revenu, le plus grand nombre d'enfants vulnérables est issu d'une famille à revenu moyen ou élevé. Par conséquent, les programmes doivent viser tous les groupes socio-économiques, au lieu de s'attacher uniquement au groupe touchant le revenu le plus modeste.

Notre société manque de nombreuses occasions d'investir dans la jeunesse, car ce groupe n'est pas nécessairement considéré comme une priorité, malgré la recherche. Même si nous savons que c'est pendant les premières années que le cerveau est le plus malléable, une part minime de nos dépenses en matière de santé, d'éducation et de bien-être s'attachent à cette période où, pourtant, l'impact serait le plus important, et nous nous attachons aux adultes et aux aînés, selon les données fournies par Bruce Perry, auteur de « How Nature Becomes Nurture ».

Même si les services de soins de santé, y compris les soins de santé mentale pour enfants et adolescents, sont régionalisés, la province a créé Enfants en santé Manitoba, comité ministériel au sein duquel sont représentés, entre autres, les ministères suivants : Santé, Vie saine, Services à la famille et Logement, Justice, Tourisme, Affaires autochtones et du Nord, et Situation de la femme. Enfants en santé Manitoba a soutenu un certain nombre d'initiatives à l'échelle de la province qui peuvent mener à une

Manitoba has been instrumental in province-wide initiatives that include Parent-Child Centred Approach, FAS strategy, Healthy Baby, Family First, Triple P — Positive Parenting Program, Healthy Schools, and the Healthy Adolescent Development Strategy.

Healthy Child Manitoba has formed partnerships with regional health authorities, schools, daycares and other service providers to deliver population based programs that benefit all children and families. Healthy Child Manitoba advocates for the adoption of a comprehensive early childhood development system, which is publicly funded, evidence-based, multilevel, universal, targeted and clinical. Such a system would reduce risk factors for early childhood development, promote protective factors for early childhood development and measure and monitor activities, determinants and outcomes.

I have provided the committee with information from a presentation made by Healthy Child Manitoba to the Winnipeg Regional Health Authority Children's Population Health Planning Group, that illustrates the return on investment when early childhood development programs are implemented. Within the Winnipeg Regional Health Authority, The Child and Adolescent Mental Health Program has undertaken a number of initiatives that support children and adolescents and their families in accessing mental health services in Winnipeg. In the region we have been fortunate to have child and adolescent mental health differentiated from the larger adult mental health system. Although we continue to struggle with inequity in terms of funding, priority, and overall planning, the fact that child and adolescent mental health is a separate program speaks to the commitment of the region and its senior management to the area of child and adolescent mental health.

Since being established in January of 2000, the WRHA Child and Adolescent Mental Health Program has been focusing on increasing community-based mental health services through the reallocation of funds from some hospital-based services, evaluating existing programs and integrating the region's child and adolescent mental health service providers. The program has been successful in developing some specialty services such as neuro-developmental services and an anxiety disorder service, as well as increasing the number and scope of partnerships with the Departments of Family Services, and Housing, Education and Justice, as well as non-profit and advocacy groups. The program has participated in the implementation of the co-occurring disorders initiative, a model that integrates mental health and addictions services, and will be a participant in Healthy Child Manitoba, Triple P — Positive Parenting Program. I provided the committee with information regarding the Triple P — Positive

amélioration de la santé mentale des enfants dans la province. Enfants en santé Manitoba a joué un rôle crucial dans le cadre d'initiatives lancées à l'échelle de la province, dont l'Approche axée sur les parents et les enfants, la Stratégie de prévention du SAF, Bébés en santé, Les familles d'abord, Triple P — c'est-à-dire le Programme d'entraînement parental positif —, Écoles en santé, et la Stratégie de développement en santé des adolescents.

Enfants en santé Manitoba a établi des partenariats avec les offices régionaux de la santé, les écoles, les garderies et d'autres fournisseurs de services en vue de dispenser au sein de la population des programmes qui aideront l'ensemble des enfants et des familles. Enfants en santé Manitoba favorise l'adoption d'un système complet de développement de la petite enfance qui bénéficie d'un financement public, et qui est axé sur les résultats, multiniveaux, universel, ciblé et clinique. Un tel système réduirait les facteurs de risque liés au développement de la petite enfance, ferait la promotion des facteurs de protection au chapitre du développement de la petite enfance, et mesurerait et contrôlerait les activités, les déterminants et les résultats.

J'ai fourni au Comité de l'information, tirée d'un mémoire préparé par Enfants en santé Manitoba à l'intention du groupe de planification de la santé des enfants de l'Office régional de la santé de Winnipeg, qui illustre le rendement potentiel de l'investissement dans les programmes de développement de la petite enfance. Sous l'égide de l'Office régional de la santé de Winnipeg, le Programme de santé mentale pour enfants et adolescents a entrepris un certain nombre d'initiatives qui aident les enfants, les adolescents et leur famille à accéder à des services de santé mentale à Winnipeg. Dans la région, nous sommes chanceux, car les services de santé mentale pour enfants et adolescents sont dispensés en marge du système de soins de santé mentale pour les adultes. Même si nous continuons de lutter contre l'iniquité au chapitre du financement, du niveau de priorité accordée, et de la planification d'ensemble, le simple fait que la santé mentale des enfants et des adolescents fasse l'objet d'un programme distinct témoigne de l'engagement de la région et de sa haute direction à l'égard de la santé mentale des enfants et des adolescents.

Depuis sa création en janvier 2000, le Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'ORSW s'attache à enrichir les services de santé mentale communautaires par la réaffectation des fonds destinés à certains services dispensés en milieu hospitalier, à évaluer des programmes existants, et à intégrer les fournisseurs de services de santé mentale pour enfants et adolescents de la région. Le programme a réussi à mettre sur pied des services spécialisés, comme les services de neurologie du développement et un service lié aux troubles anxieux, et à accroître le nombre et la portée des partenariats établis avec les ministères des Services à la famille et du Logement, de l'Éducation et de la Justice, ainsi qu'avec des organismes sans but lucratif et des groupes de défense des droits. Le programme a participé à la mise en œuvre de l'initiative relative aux troubles concomitants, modèle qui intègre les services de santé mentale et les services liés à la toxicomanie, et prendra part au programme d'entraînement

Parenting Program, a population and evidence-based parenting training program that has been utilized in many countries across the world with positive longitudinal outcomes.

The centerpiece of the Winnipeg Regional Health Authority's Child and Adolescent Mental Health Program has been the development of a centralized intake service for the Winnipeg region. Starting in 2002, clients and their families, physicians, and other service providers in Winnipeg can call one phone number and access mental health services. The individuals who respond to the calls are mental health clinicians, a multi-disciplinary group of professionals, registered psychiatric nurses, registered nurses and social workers who can provide direct service at the point of contact, refer to other services in the region, both hospital and community based, or redirect to other service providers.

The centralized intake service acts as a gatekeeper for the system, and has moved the point of entry into the system away from the emergency department and physicians. I did not put that in my brief, but that is part of it, too, I think the gatekeeping function has moved away from physicians. Parents and other referral sources no longer have to contact numerous service providers for information regarding how or where to access mental health services, nor do they have to put their child or client on a number of wait-lists, hoping that they picked the right one.

Centralized intake provides a monitoring function for wait-list management and can facilitate services throughout the child and adolescent mental health system. A region-wide database is also maintained through centralized intake, which has proven to be very helpful in tracking clients and services, maintaining consistency of service provider, and for statistical data retrieval. Centralized intake has been involved with the Western Canadian Wait-List Project over the last two years as a test site for a wait-list management tool.

I have supplied the Senate committee with additional information regarding the WRHA Child and Mental Health Program, its organizational structure and services. I would like to acknowledge Healthy Child Manitoba for allowing me to incorporate their presentation material into this presentation.

I would like to thank the Senate committee for inviting me to appear and discuss this subject with you. It has been my pleasure.

The Chairman: Thank you very much, and we will have a lot of questions when we get to them.

Ms. Huffman, please proceed.

parental positif Triple P d'Enfants en santé Manitoba. J'ai fourni au Comité de l'information concernant le programme d'entraînement parental positif Triple P, programme d'entraînement parental axé sur la population et les résultats qui a donné des résultats longitudinaux positifs dans de nombreux pays, partout dans le monde.

La plus grande réalisation du Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'Office régional de la santé de Winnipeg est la création d'un service d'accueil centralisé pour la région de Winnipeg. Depuis 2002, les clients ainsi que leur famille, leurs médecins et d'autres fournisseurs de services de Winnipeg peuvent téléphoner au même numéro de téléphone et accéder à des services de santé mentale. Les personnes qui répondent aux appels sont des cliniciens oeuvrant dans le domaine de la santé mentale, un groupe de professionnels multidisciplinaire, d'infirmières psychiatriques autorisées, d'infirmières autorisées et de travailleurs sociaux qui peuvent dispenser un service direct au point de contact, effectuer un renvoi vers d'autres services de la région, en milieu tant hospitalier que communautaire, ou réorienter l'appel vers d'autres fournisseurs de services.

Le service d'accueil centralisé contrôle l'accès au système, et fait en sorte qu'on n'accède plus au système par l'entremise des salles d'urgence et des médecins. Je n'ai pas mentionné cela dans mon mémoire, mais c'est également digne de mention, je crois, le fait que les médecins n'aient plus à exercer cette fonction de contrôle de l'accès. Les parents et autres sources de renvoi n'ont plus à communiquer avec divers fournisseurs de services pour déterminer comment et où accéder à des services de santé mentale, ni à inscrire leur enfant ou leur client sur un certain nombre de listes d'attente, dans l'espoir d'avoir choisi la bonne.

L'accueil centralisé procure une fonction de contrôle au chapitre de la gestion des listes d'attente, et peut faciliter l'accès aux services dans l'ensemble du système de services de santé mentale pour enfants et adolescents. L'accueil centralisé permet également de maintenir une base de données régionale qui s'est révélée très utile pour repérer des clients et des services, maintenir l'uniformité du service dispensé, et extraire des données statistiques. Notre initiative d'accueil centralisé participe au Projet des listes d'attente de l'Ouest canadien depuis deux ans, à titre de projet-témoin pour la mise à l'essai d'un outil de gestion des listes d'attente.

J'ai fourni au Comité sénatorial des renseignements supplémentaires concernant le Programme de santé mentale pour enfants et adolescents de l'ORSW, sa structure organisationnelle et ses services. Je tiens à remercier Enfants en santé Manitoba de m'avoir laissé intégrer une partie de leur documentation à mon exposé.

Je tiens à remercier le Comité sénatorial de m'avoir invité à témoigner et à parler de cette question avec ses membres. Je l'ai fait avec plaisir.

Le président : Merci beaucoup. Nous aurons de nombreuses questions à vous poser, plus tard.

Madame Huffam, c'est à vous.

Ms. Donna Huffman, Policy Analyst, as an individual:

Mr. Chairman, I should first state that I am here as a family member, as a client of services, as opposed to being part of the Women's Directorate for the Manitoba government. I do work there and enjoy it greatly, but my experiences have been entirely personal with this issue.

Thank you very much for letting me speak today. I represent a family struggling to find the help that our child needs to lead some semblance of a normal life. Our son, Alexander, was born in 1993. When we first had him, he was our first child so we did not really realize that there were differences, noticeable differences, until we came into contact with other families with children of the same age. After a difficult first year, the terrible 2s came, and never ended. The tantrums of screaming would last three to four hours at a time, often because I had given him juice in the wrong coloured cup, or because there was a smell in the room that he could not tolerate. Every time I took him to the doctor, I was told that I was simply a nervous mom, patted on the head and told to stop worrying. Perhaps if I had known more about development delays, I would have insisted on an early screening. Also, had we been able to access that type of early screening, then maybe early treatment would have considerably helped his condition at the time.

By the time Alex was three, four, five years old, he was physically attacking us; he was attacking other children; he required constant vigilance. He could not be left alone, even sitting beside other people, because he would for no reason inexplicably attack them.

At that time, we were living up north, in the Northwest Territories, in a very small community with limited access to services. We moved south to look for some treatment for our son. We moved to Fort St. John and there we were very fortunate to find a child development centre which was supported by the B.C. government, Health and Social Services at the time. I am not familiar with what the service is now. The child development centre provided services for families who had children with disabilities of various kinds. They offered a pre-school in which half of the children were special needs and half of the children were regular children. They immediately took Alex into the program. We had immediate access to respite care, which was amazing. My husband and I had not been out together since our son had been born. Thus by the time he was four or five years old, it was a real treat to be able to go out together.

The centre also offered access to a child psychologist, to screening. They provided just all sorts of support to the family. What I think we appreciated most was the sympathy and empathy. They saw what we were dealing with, they recognized

Mme Donna Huffam, analyste des politiques, à titre personnel :

Monsieur le président, j'aimerais tout d'abord déclarer que je suis ici à titre non pas de membre de la Direction générale de la condition féminine du Manitoba, mais bien de membre d'une famille, à titre de bénéficiaire des services. Je travaille au sein de la Direction générale et m'y plais grandement, certes, mais mon expérience à l'égard de cette question est tout à fait personnelle.

Merci beaucoup de me laisser prendre la parole aujourd'hui. Je représente une famille qui lutte pour trouver l'aide dont notre enfant a besoin pour mener quelque chose qui s'approcherait d'une vie normale. Notre fils, Alexander, est né en 1993. Il était notre premier enfant, alors nous n'avons vraiment remarqué des différences, des différences perceptibles, que lorsque nous avons rencontré d'autres familles avec des enfants du même âge. Après une première année difficile, la crise des deux ans est arrivée, et ne s'est jamais terminée. Les accès de colère pouvaient durer de trois à quatre heures, bien souvent parce que le verre dans lequel je lui ai donné son jus n'était pas de la bonne couleur, ou parce qu'il y avait dans la chambre une odeur qu'il ne pouvait tolérer. Chaque fois que je l'ai amené chez les médecins, on m'a dit, d'un ton condescendant, que j'étais tout simplement une mère nerveuse, et qu'il fallait que je cesse de m'inquiéter. Peut-être que si j'en avais su davantage sur les retards de développement, j'aurais insisté sur un dépistage précoce. De plus, si nous avions été en mesure d'accéder à ce genre de dépistage précoce, une prise en charge rapide aurait peut-être amélioré considérablement son état à l'époque.

Rendu à l'âge de trois, quatre, cinq ans, Alex nous attaquait physiquement; il s'attaquait à d'autres enfants; il fallait le surveiller constamment. On ne pouvait pas le laisser seul, même assis à côté d'une autre personne, car il était susceptible de les attaquer pour aucune raison.

À l'époque, nous vivions dans le Nord, dans les Territoires du Nord-Ouest, dans une très petite collectivité, où l'accès aux services était limité. Nous avons déménagé plus au sud, en vue de trouver un traitement pour notre fils. Nous nous sommes installés à Fort St. John, et nous avons été très chanceux de trouver un centre de développement de l'enfance qui bénéficiait du soutien du gouvernement de la Colombie-Britannique, à l'époque, il s'agissait du ministère de la Santé et des Services sociaux. J'ignore quelle forme prend le service à l'heure actuelle. Le centre de développement de l'enfance dispensait des services aux familles qui avaient des enfants aux prises avec divers handicaps. Il avait un groupe d'enfants d'âge préscolaire, dont la moitié avaient des besoins spéciaux et l'autre moitié n'en avaient pas. Le centre a immédiatement intégré Alex au programme. Nous jouissions d'un accès immédiat au service de relève, ce qui était fantastique. Mon mari et moi-même n'étions pas sortis ensemble depuis la naissance de notre fils. Par conséquent, notre fils étant âgé de quatre ou cinq ans, c'était tout un plaisir que de pouvoir sortir en couple.

Le centre offrait également l'accès à un pédopsychologue, à un service de dépistage. Il offrait tout simplement une foule de services de soutien à la famille. Je crois que c'est la sympathie et l'empathie que nous avons le plus apprécées. Ils ont vu ce à quoi

our problems and they were able to help us with our situation. We were able to access more help in the six months that we were there than we had been able to access in the four years prior to that.

When we were given a permanent posting, we went back up to the Northwest Territories, to Yellowknife. We had hoped that, being in a capital city, we would have access to more services that way. Unfortunately, they do not have any services for children with developmental delays. The schools are ill-prepared to handle these children, despite the fact that there are a number of children with various delays up in the Northwest Territories, and I think statistically more than anywhere else.

In school, Alex was denied all kinds of supports. They believed in a blanket inclusive schooling policy, so our child was denied any kind of extra help at all. He was in a classroom with 30 other children. He was physically attacking other children, swearing, having numerous temper tantrums, hiding under desks, because he simply could not handle 30 other children in a room.

Unfortunately, the school decided this must be an example of poor parenting on our part, or of abuse or neglect on our part. We have the distinction of having a number of letters from the GNWT Social Services saying that we are not abusive parents. Social workers would come to visit us quite frequently, and one of the things that they told us was that, as a possibility, since we could not get any services in our own home if our child lived with us, the only other option was to put Alex under a voluntary support agreement in foster care. That idea was the most horrible thing I had ever heard, and being between a rock and a hard place, we obviously said no.

We struggled on for a couple of more years and finally got access to a visiting child psychiatrist, who put our son on very strong antipsychotic medication called risperidone, which pretty much saved our family. Once he was on that medication, it was not a cure but it definitely lessened the attacks, it lessened the tantrums, and we were able to go on. The school, unfortunately, was still sending him home frequently, suspending him, and still refusing to offer any support.

Finally, last year, he became extremely ill, physically ill, but because of his numerous other problems we could not convince anyone that there was an actual, physical illness there. They blamed it entirely on either the psychiatric illness or on the drugs that we were giving him. We therefore made the heart-breaking decision to leave Yellowknife.

Yellowknife was our home. We left our family, we left our friends, we left our home that we had just finished renovating. Both my husband and I had very good careers up there. My husband took a demotion with his company so that he could be transferred to a city that had a children's hospital. That is how we

nous étions confrontés, ils ont reconnu nos problèmes, et ils étaient en mesure de nous aider à composer avec notre situation. Nous avons réussi à obtenir davantage d'aide en six mois auprès du centre qu'au cours des quatre années qui avaient précédé.

Quand nous avons obtenu notre permanence, nous sommes retournés aux Territoires du Nord-Ouest, à Yellowknife. Nous espérions que le fait d'être dans une capitale nous permettrait d'accéder à des services plus étendus. Malheureusement, on n'y offrait aucun service pour les enfants aux prises avec un retard du développement. Les écoles sont mal préparées pour accueillir ces enfants, malgré le fait qu'il y a dans les Territoires du Nord-Ouest un certain nombre d'enfants aux prises avec divers retards, et je crois que, statistiquement, il y en a davantage ici qu'ailleurs.

À l'école, Alex s'est vu refuser une foule de services de soutien. Ils croyaient en une politique générale d'éducation inclusive, de sorte que notre enfant n'a bénéficié d'aucune aide supplémentaire. Il était dans une classe avec 30 autres enfants. Il attaquait physiquement d'autres enfants, il jurait, avait de nombreux accès de colère, se cachait sous les pupitres, parce qu'il n'arrivait tout simplement pas à composer avec 30 autres enfants dans une classe.

Malheureusement, l'école a décidé que cela tenait probablement au fait que nous étions des parents médiocres, ou que notre enfant était victime de violence ou de négligence. Nous avons le privilège d'avoir un certain nombre de lettres des services sociaux du GTNO selon lesquelles nous ne sommes pas des parents violents. Des travailleurs sociaux nous rendaient visite plutôt fréquemment, et l'une des choses qu'ils nous ont dites, c'est que, puisque nous ne pouvions obtenir des services à domicile si notre enfant restait avec nous, la seule autre option consistait à placer Alex en foyer d'accueil, en vertu d'une entente de soutien volontaire. C'était l'idée la plus horrible que j'aie jamais entendue, et, pris entre l'arbre et l'écorce, nous avons évidemment dit non.

Nous nous sommes démenés pendant deux autres années, et nous avons enfin eu accès à un pédopsychiatre itinérant; il a prescrit pour notre fils un médicament antipsychotique très puissant, qu'on appelle la rispéridone, et, du coup, a probablement sauvé notre famille. Le médicament n'a pas tout réglé, mais il a certainement amoindri les attaques, amoindri les accès de colère et nous avons été capables de continuer. Malheureusement, l'école continuait de le renvoyer fréquemment à la maison, de le suspendre, et continuait de refuser d'offrir du soutien.

Enfin, l'an dernier, il est devenu extrêmement malade, physiquement malade, mais, en raison de ses nombreux autres problèmes, nous n'arrivions à convaincre personne que son mal était bel et bien physique. On attribuait sa souffrance à la maladie psychiatrique ou aux médicaments que nous lui donnions. Nous avons donc dû prendre la décision crève-cœur de quitter Yellowknife.

Nous étions chez nous à Yellowknife. Nous avons quitté notre famille, nous avons quitté nos amis, nous avons quitté la maison que nous venions tout juste de rénover. Mon mari et moi-même avions une très bonne carrière là-bas. Mon mari a accepté d'être rétrogradé par son employeur afin que nous puissions aller dans

ended up here, in Winnipeg. Upon arriving, the family doctor that we got immediately noticed that Alex was suffering from chronic renal failure. His kidneys were failing, and that is why he was having such significant physical problems over the past year. The stark difference in the way we were treated with his physical illness and the way we had been treated over the past years with the psychiatric illness was amazing. With his renal failure, we had immediate access. The next day, we had access to the pediatrician. The day following, we were in the pediatric nephrology unit at the children's hospital. We had a pediatric urologist, we had a renal dietician, we had a renal social worker, we had nurses teaching us how to give him injections of the medications that he needed, and how to do his catheterizations, which he now has to do for the rest of his life. We were at the point where we were actually saying, "Okay, that is enough, we do not want to see any more doctors." Juxtaposing that with the struggle that we had had to get adequate care, medical care for his psychiatric illness, was a real eye opener.

We arrived here, and certainly there are more services here than we have ever come across before. We were able to get help in putting Alex into a special education program, in a regular school. Unfortunately, the special education programs tend to lump all of the children together for all of the different problems that may be occurring, so the special education program becomes more of a containment program rather than an actual treatment program, because they could not possibly treat all of the different illnesses with which they are dealing in the classroom. However, it is miles better than what we had experienced before.

Unfortunately, access to care is a daily struggle. All the services you get in terms of your child with a psychiatric illness are as a result of hard-fought, hard-won battles. Even just getting Alex into the respite program that is offered by the Manitoba government was difficult, since they have a very narrow criteria for who is considered to have a disability and who not. For example, when we first arrived, we applied under our first diagnosis from a child psychiatrist of bipolar disorder. We were immediately told that illnesses such as bipolar, Tourette's, schizophrenia, things like that, did not qualify for the respite program. Thus, families who have children with these illnesses received no respite care support whatsoever. We later found out, however, that they did provide services for pervasive development disorder, which is on the autism spectrum. We had an old diagnosis from a child psychiatrist whom we had seen in Victoria, who examined my son for maybe ten minutes and diagnosed him with PDD at the time. We had that piece of paper, so we reapplied under the program on that diagnosis of pervasive development disorder and were immediately accepted. Same child, same symptoms, same program, but a different label, and all of a sudden we had access to services. However, that took almost a year.

une ville dotée d'un hôpital pour enfants. C'est ainsi que nous avons fini ici, à Winnipeg. À notre arrivée, le médecin familial que nous avons trouvé a immédiatement remarqué qu'Alex souffrait d'une insuffisance rénale chronique. Ses reins faisaient défaut, et c'est pourquoi il a eu tant de problèmes d'ordre physique au cours de cette année-là. Le contraste dans la façon dont nous avons été traités à l'égard de sa maladie physique et la façon dont nous avons été traités, au cours des dernières années, à l'égard de sa maladie psychiatrique, était saisissant. Avec une insuffisance rénale, nous jouissions d'un accès immédiat. Le lendemain, nous avions accès au pédiatre. Le jour suivant, nous étions à l'unité pédonéphrologique de l'hôpital pour enfants. Nous avions un pédo-urologue, nous avions un travailleur social, une diététicienne s'occupant de problèmes rénaux, nous avions des infirmières qui nous montraient comment lui injecter les médicaments dont il avait besoin, et comment procéder à l'installation des cathéters, dont il aura besoin jusqu'à la fin de ses jours. Nous étions même arrivés au point de dire : « D'accord, ça suffit. Nous ne voulons plus voir de médecins. » En comparaison avec la lutte que nous avons dû livrer pour obtenir des soins adéquats, des soins médicaux pour son trouble psychiatrique, c'était toute une révélation.

Nous sommes arrivés ici, et, certes, il y a davantage de services ici que ce que nous avons vu ailleurs. Nous avons réussi à obtenir de l'aide en vue d'inscrire Alex dans un programme d'éducation spécialisée, dans une école ordinaire. Malheureusement, les programmes d'éducation spécialisée ont tendance à regrouper tous les enfants aux prises avec une diversité de problèmes, de sorte que le programme d'éducation spécialisée ressemble davantage à un programme d'isolement qu'à un programme de traitement en bonne et due forme, car ils ne pourraient d'aucune façon traiter tous les troubles auxquels ils sont confrontés dans cette classe. Toutefois, c'est de loin supérieur à ce que nous avons connu auparavant.

Malheureusement, l'accès aux soins est une lutte quotidienne. Tous les services qu'on obtient pour notre enfant, en ce qui concerne un trouble psychiatrique, est le résultat d'une lutte chèrement disputée, chèrement gagnée. Le simple fait d'inscrire Alex au programme de services de relève offerts par le gouvernement du Manitoba s'est révélé difficile, car le programme s'assortit de critères très étroits pour déterminer qui a un handicap et qui n'en a pas. Par exemple, quand nous sommes arrivés ici, nous avons présenté une demande fondée sur un premier diagnostic, de trouble bipolaire, obtenu auprès d'un pédopsychiatre. On nous a immédiatement répondu que des choses comme les troubles bipolaires, le syndrome de Tourette, la schizophrénie, les choses comme ça, ne sont pas admissibles aux fins du programme de services de relève. Ainsi, les familles ayant un enfant aux prises avec ce genre de maladie n'a droit à aucun soutien, pour ce qui est des services de relève. Par contre, nous avons appris, plus tard, que les services étaient offerts dans le cas de trouble de développement profond, qui s'inscrit dans le spectre de l'autisme. Nous avions l'ancien diagnostic d'un pédopsychiatre que nous avions consulté à Victoria, qui, après avoir examiné mon fils pendant peut-être dix minutes, avait établi un diagnostic de TDP. Nous avions encore ce morceau de papier, alors nous avons présenté au programme une nouvelle demande, fondée sur

In the end, just to sum up, the tragedy does not lie with the disability; that is not the tragedy. The tragedy is in the way that society treats the child and the family which is dealing with the disability.

We can handle Alex. So far, we have been able to do so with the limited amount of support that we have been able to get, and we are very appreciative for that limited support. What we cannot do is constantly fight to get every single service. Just as an example, I was trying to register my son into a summer program this year. It is a simple two week program, a computer programming course, which he loves, and it took three weeks, and calls to the ombudsman's office, the Manitoba Human Rights Commission, and the Equities Department at the University of Manitoba, because they said that we had to pay for the full-time teacher's aide that had to be with him during the course. That was on top of the regular course admission costs. We finally managed to read to them the Manitoba Human Rights Code over the phone. They realized their mistake and they changed the program. They also contacted all of the people to whom they had previously given this information and changed the program. However, that took three weeks of my time, just forcing them to recognise what our rights were. That is what takes up the majority of my time: advocating and getting the services we need for our family.

Between holding down a full-time job, which I love, having a husband on rotating shift work, doing lots of overtime, and caring for a nine-year old daughter who would dearly love my attention more, I would rather be devoting that time to my family than advocating and teaching people about our rights. That is where I would rather be. We want to raise our child at home. We just need a bit more support, and a lot more people coming to us and asking us what we need, instead of telling us what program we might be able to fit into.

Thank you very much for listening to me. I appreciate it.

The Chairman: Thank you for your story. Your contrast between the physical and the mental health service is extraordinary. By the way, I assume you know it is by no means unique to Manitoba. It is an illustrious example, but you contrasted it better because you had both the example of the physical illness and the mental illness. I will come back later and ask you some questions on that aspect.

ce diagnostic de trouble de développement profond, et notre demande a été acceptée sur-le-champ. Même enfant, même symptômes, même programme, mais une étiquette différente, et, tout à coup, nous avons accès aux services. Mais ça nous a pris presque un an.

Finalement, juste pour résumer, ce n'est pas le handicap qui est tragique; ce n'est pas le handicap. Ce qui est tragique, c'est la façon dont la société traite l'enfant et la famille qui sont confrontés au handicap.

Nous pouvons nous occuper d'Alex. Jusqu'à maintenant, nous avons été en mesure de le faire avec le soutien limité que nous avons réussi à obtenir, et nous sommes très reconnaissants de ce soutien limité. Ce que nous ne pouvons pas faire, c'est nous battre constamment pour accéder à tous les services. Juste à titre d'exemple, j'essayais d'inscrire mon fils à un programme estival cette année. Il s'agit d'un simple programme de deux semaines, d'un cours de programmation informatique, chose que mon fils adore, et il a fallu trois semaines, et des appels au bureau de l'Ombudsman, à la Commission des droits de la personne du Manitoba, et à l'Equities Department de l'Université du Manitoba, car ils ont dit que nous devions payer pour l'aide-enseignant qui devait être avec lui pendant le cours. Cela s'ajoutait aux coûts d'inscription au cours. Nous avons finalement réussi à leur lire le Code des droits de la personne du Manitoba au téléphone. Ils ont compris leur erreur, et changé le programme. Ils ont également communiqué avec toutes les personnes auxquelles ils avaient déjà donné cette information, et ils ont changé le programme. Toutefois, j'ai dû consacrer trois semaines de ma vie, juste pour les forcer à reconnaître nos droits. C'est ce qui occupe la majorité de mon temps : défendre les droits de ma famille, et obtenir les services dont nous avons besoin.

Entre avoir un emploi à temps plein — que j'adore —, avoir un mari qui travaille par quarts et qui fait beaucoup d'heures supplémentaires, et prendre soin d'une fille de neuf ans qui aimerait tellement avoir plus d'attention de ma part, je préférerais consacrer mon temps à ma famille au lieu de défendre nos droits et de sensibiliser les gens à nos droits. C'est avec ma famille que je devrais être. Nous voulons élever notre enfant à la maison. Nous avons seulement besoin d'un peu plus de soutien, de beaucoup plus de gens qui viennent nous voir pour nous demander si nous avons besoin de quelque chose, au lieu de nous dire à quel programme nous sommes peut-être admissibles.

Merci beaucoup de m'avoir écoutée. Je vous en suis très reconnaissante.

Le président : Merci de nous avoir raconté votre histoire. Votre démonstration du contraste entre les soins de santé physique et les soins de santé mentale est extraordinaire. En passant, je suppose que vous savez que cela n'est d'aucune façon propre au Manitoba. C'est une situation répandue, mais la vôtre illustre beaucoup mieux le contraste, car vous étiez aux prises à la fois avec une maladie physique et une maladie mentale. J'y reviendrai plus tard, et je vous poserai des questions à cet égard.

Perhaps I could ask you first, Margaret, about the sort of bar charts that are in your submission, because I just want to make sure I understand them. Everybody has your bar charts but you, right?

Ms. Synyshyn: It is always like that, the story of my life.

The Chairman: I just want to make sure I understood them exactly. Your first one is entitled "Opportunity Lost." I would say to my colleagues that it is the first piece just after the presentation. The yellow chart shows "brain," and what you are really showing there is the amount of money that we actually spend relative to —

Ms. Synyshyn: That is true, yes.

The Chairman: Is that Canadian data?

Ms. Synyshyn: It is from Baylor College of Medicine, in Houston, Texas, so it is U.S. data, but I do not know that the situation is vastly dissimilar in Canada.

The Chairman: It would be roughly comparable, then. Looking now at the one on the next slide, and adding up the figures on the two middle purple bars — which is why you said that, although the percentage is higher among low income people, the number is greater among —

Ms. Synyshyn: That is right, the proportion is higher. It is not that there is a problem with targeting, and certainly you need to support people from the lower socio-economic perspective, but certainly a lot of the time, what happens is that because people are coming from middle class families or have some means, the assumption is made that, in fact, those kids are much better off. In some respects they are; they have more advantages around things. However, there are other issues that come up, and I am talking in terms of developmental issues, which indicate that they are really not any better off. Much of the time, programs do not reach that population because there is an assumption that they will be able to figure out how to get there on their own, or that parents are articulate enough and able to do that.

The Chairman: Are you saying that there is an assumption that the ability to handle the situation with a child goes up linearly with income?

Ms. Synyshyn: That is the assumption. Lots of these kids present with extremely difficult situations, behavioural and otherwise, and I do not understand why someone would make such assumptions. It is difficult enough parenting with kids who do not bring extra difficulties into the situation. However, when there is present, on top of the children's regular, developmental things, an overlay of difficulties, whether they are mental health issues or something else, and to then assume that somehow, some parents with some means are better at dealing with that situation than someone else, I do not understand that rationale at all.

Je devrais peut-être vous interroger d'abord, Margaret, au sujet des diagrammes à barres qui figurent dans votre mémoire, car j'aimerais seulement m'assurer de bien les comprendre. Tout le monde a vos diagrammes à barres, sauf vous, n'est-ce pas?

Mme Synyshyn : C'est toujours comme ça, c'est l'histoire de ma vie.

Le président : Je veux seulement m'assurer de bien les comprendre. Le premier diagramme s'intitule « Occasion perdue ». Je signale à mes collègues qu'il s'agit de la première chose qui vient après le mémoire. La section en jaune correspond à « cerveau », et ce que vous nous montrez, finalement, c'est la quantité d'argent que nous dépensons par rapport à...

Mme Synyshyn : C'est ça, oui.

Le président : S'agit-il de données canadiennes?

Mme Synyshyn : Elles proviennent du Baylor College of Medicine, à Houston, au Texas, alors il s'agit de données américaines, mais je ne crois pas que la situation soit si différente au Canada.

Le président : Ce serait à peu près comparable, alors. Maintenant, si on regarde la diapositive suivante, et qu'on ajoute les chiffres fournis pour les deux barres du centre, les barres mauves — c'est à la lumière de ces chiffres que vous avez déclaré que, même si le pourcentage est supérieur chez les gens à faible revenu, le nombre est plus élevé chez...

Mme Synyshyn : C'est ça, la proportion est plus élevée. Je ne veux pas laisser entendre qu'il y a un problème avec le ciblage, il faut certainement soutenir les gens issus d'un milieu socio-économique plus modeste, mais, certainement, bien souvent, ce qui arrive, c'est que, parce que des familles font partie de la classe moyenne ou ont certains moyens, on suppose que, de fait, ces enfants sont dans une situation beaucoup plus avantageuse. À certains égards, ils le sont; ils jouissent d'avantages accrus à l'égard de certaines choses. Toutefois, il y a d'autres problèmes qui surviennent, et je parle de troubles de développement, qui révèlent qu'ils ne sont pas vraiment dans une situation plus avantageuse. Bien souvent, les programmes ne sont pas offerts à cette population, car on suppose que ces gens arriveront à déterminer comment en arriver là par leurs propres moyens, ou que les parents sont suffisamment capables de s'exprimer, et qu'ils sont en mesure de faire cela.

Le président : Êtes-vous en train de dire qu'il y a une hypothèse selon laquelle la capacité du parent de composer avec la situation d'un enfant est proportionnelle au revenu?

Mme Synyshyn : C'est ce qu'on suppose. Nombre de ces enfants sont aux prises avec des problèmes extrêmement complexes, des troubles comportementaux et autres, et je ne comprends pas comment on pourrait formuler de telles hypothèses. Il est déjà assez difficile d'élever des enfants qui n'apportent pas de difficultés supplémentaires à la situation. Toutefois, lorsqu'un enfant présente, au-delà de ses besoins normaux, des problèmes de développement, des difficultés supplémentaires, qu'il s'agisse de questions de santé mentale ou autres, je ne comprends pas du tout comment on peut supposer

The Chairman: The other interesting thing is that we have had testimony, somewhere along the way, in which people providing services to mentally ill children have said that when they went to talk to parents, what they found was that if they said to a parent of middle and, particularly, upper income, "Your child has a mental illness," the parents would immediately say "There is not a chance. He is my kid;" in some sense saying that "My kids are not allowed to have such a thing." Do you know what I am saying? They did not use the word 'are not allowed,' but they thought, because of the stigma, they felt it to be —

Ms. Synyshyn: Do not say 'mental illness,' do not say that, because that is exactly what happens to people.

The Chairman: Right. Can I ask you to go over two pages to your next bar chart where you are showing how long the effects of the program last. Can you explain that chart to me? I cannot quite figure out what those bars indicate?

Ms. Synyshyn: It is really referring to the "head start" programs and that kind of thing, about the impact that they have. It is a sort of longitudinal effect, that if you actually support kids in those early stages around certain issues, for instance cognitive, or social-emotional, and also the parental family piece of it, if you put some of those things into place, that shows the effect that they have over the long term. That is what they are trying to measure here, I believe. They are looking at the effects of some of those interventions.

The Chairman: It seems that a number of them — the social-emotional one, for example, two-thirds of it, or 64 per cent, lasts well into high school.

Ms. Synyshyn: That is right. In terms of intervening, and in terms of parenting and helping people around parenting issues, and this is referring to even kids who do not have big issues, certainly the effect of that is felt way down the road because what you are really doing is preparing the next generation for things like parenting and that kind of thing.

The Chairman: Right. The next one is the one that, it seems to me, that governments ought to buy into, right?

Ms. Synyshyn: The return on investment one?

The Chairman: Yes. What you are saying is that they get a 32 per cent return on investment for money invested in early child development programs, compared to the highly-touted, 6 per cent rate of return on the U.S. stock market.

que, d'une certaine façon, certains parents jouissant de certains moyens sont plus en mesure de composer avec cette situation que d'autres.

Le président : L'autre aspect intéressant tient au fait que nous avons entendu, au fil des séances, des témoignages de personnes qui dispensent des services à des enfants atteints de maladies mentales nous dire que, lorsqu'ils parlent à des parents, ils constatent que s'ils s'adressent à un parent à revenu moyen ou, en particulier, à revenu élevé, ils leur disent : « votre enfant a une maladie mentale », les parents répondent spontanément : « ce n'est pas possible. C'est mon enfant ». Cela revient, en quelque sorte, à dire que « mes enfants n'ont pas le droit de souffrir d'une telle maladie ». Voyez-vous ce que je veux dire? Ils ne disent pas que leurs enfants n'ont « pas le droit », mais ils le pensent, en raison des préjugés, ils se disent que c'est...

Mme Synyshyn : Ne dites pas « maladie mentale », ne dites pas ça, car c'est exactement ce qui arrive aux gens.

Le président : Exactement. J'aimerais maintenant passer deux pages et aller au prochain diagramme à barres, où vous indiquez la durée des effets du programme. Pourriez-vous m'expliquer ce diagramme? Je n'arrive pas tout à fait à déterminer à quoi correspondent ces barres.

Mme Synyshyn : Cela concerne vraiment les programmes comme « Bon départ » et ce genre de chose, l'impact qu'ils ont. Il s'agit d'une sorte d'effet longitudinal, si on fournit un soutien dès la petite enfance à l'égard de certaines questions, comme la cognition, le côté socio-émotionnel, et les aspects parentaux, si vous mettez certaines de ces choses en place, le diagramme montre l'effet à long terme de ces choses. C'est ce qu'on essaie de mesurer dans le diagramme, selon moi. On se penche sur les effets de certaines de ces interventions.

Le président : Il me semble qu'un certain nombre de ces aspects — le côté socio-émotionnel, par exemple, les deux tiers de cette barre, ou 64 p. 100, couvrent une bonne partie des études secondaires.

Mme Synyshyn : C'est exact. En ce qui a trait à l'intervention, et en ce qui a trait à l'activité parentale et au fait d'aider les parents à résoudre certains problèmes, et cela concerne même les enfants qui n'ont pas de gros problèmes, certes, les effets se font ressentir beaucoup plus loin, car, au bout du compte, on prépare la prochaine génération à la condition parentale et à ce genre de chose.

Le président : D'accord. Le prochain diagramme est celui qui, selon moi, devrait susciter l'intérêt des gouvernements, n'est-ce pas?

Mme Synyshyn : Celui qui porte sur le rendement des investissements?

Le président : Oui. Ce que vous dites, c'est qu'on obtient un rendement de 32 p. 100 sur l'argent investi dans les programmes de développement de la petite enfance, alors qu'on fait tout un plat du taux de rendement de 6 p. 100 sur le marché américain des valeurs mobilières.

What are the four indicators? I do not know what the Elmira PEIP, the Carolina Abecedarian, et cetera, are. What are those four indicators?

Ms. Synyshyn: I would have to get you more information on those. The Perry preschool has been around for years and years and they have followed individuals right into their forties, and there is a lot of documentation in that regard. I would need to get the rest of that information for you.

The Chairman: If you could get it for us, we would be grateful, because we know from talking to various government deputies and ministers that — and I hate to say it — much of the bottom line on this area comes down to whether it is a good investment. Everyone will agree that it is the right thing to do, but then they overlay that on whether or not it is a good investment. If you could give us any of the backup on that 32 per cent, that would be really helpful to us.

Ms. Synyshyn: Yes.

The Chairman: I have some other items that I want to come back to, but I will turn now to Senator Keon and Senator Johnson.

Senator Keon: It is enormously interesting to have these two presentations together.

Ms. Synyshyn: Neither of us knew that the other was coming, either. We know each other, but this is Winnipeg, so it is not surprising.

Senator Keon: The other interesting thing that I will come back to later with you, Ms. Huffam, but I want to throw it out in this context, and that is the psychopharmacology of brain along this road, because the psychopharmacologists claim, in fact, that one of the major problems that confront people like you, Ms. Huffam, is non-recognition that this condition is, in fact, a chemical abnormality. While we would not think of not treating a child with hypertension with angiotension blockers or whatever is necessary, whatever chemical is missing in their system, there is a tremendous reluctance — indeed there is a campaign in some quarters not to treat children chemically with missing chemicals.

Let me start with you, Ms. Synyshyn. We have the basic information — and Fraser Mustard has been preaching this for 20 years so it is not very new — but how did we go about diagnosing that one child in four, at least after birth, when many of the problems occur in the uterus, of course, but at least after birth, how do we get at the problem in society of diagnosing that one child in four who needs special parenting, special social infrastructure, and as in Ms Huffam's case, probably needs some chemical supplement from day one? How do we go about that?

Ms. Synyshyn: Probably what needs to happen is there needs to be better screening right at the front end, whether it is with pediatricians or child development clinics or that kind of thing.

Quels sont les quatre indicateurs? J'ignore ce que sont l'Elmira PEIP, le Carolina Abecedarian, etc. Qu'est-ce que ces quatre indicateurs?

Mme Synyshyn : Il faudrait que je vous trouve davantage d'information à cet égard. La Perry preschool existe depuis de nombreuses années, et elle a suivi des personnes jusqu'à la quarantaine, et il y a beaucoup de documentation à cet égard. Pour les autres, il faudrait que j'effectue des recherches pour vous.

Le président : Nous vous serions reconnaissants de trouver cette information pour nous, car nous savons très bien, après avoir parlé à divers ministres et sous-ministres du gouvernement, que — et cela me répugne de le dire — les décisions relatives à ce genre de chose se limitent, dans une grande part, à déterminer s'il s'agit d'un bon investissement. Tout le monde conviendra que c'est la bonne chose à faire, mais ensuite ils s'attachent à déterminer s'il s'agit d'un bon investissement ou non. Si vous pouvez nous donner des références à l'égard de ce chiffre de 32 p. 100, cela nous serait très utile.

Mme Synyshyn : Oui.

Le président : Il y a d'autres questions auxquelles j'aimerais revenir, mais je cède maintenant la parole au sénateur Keon et au sénateur Johnson.

Le sénateur Keon : C'est énormément intéressant d'entendre ces deux exposés ensemble.

Mme Synyshyn : De plus, chacune ignorait que l'autre venait. Nous nous connaissons, mais puisque nous sommes à Winnipeg, ce n'est pas étonnant.

Le sénateur Keon : L'autre chose intéressante à laquelle je reviendrai — avec vous, madame Huffam —, mais je tiens à la soulever dans le contexte actuel, et j'ai nommé la psychopharmacologie du cerveau, car les psychopharmacologues avancent, de fait, que l'un des grands problèmes auxquels sont confrontés des gens comme vous, Madame Huffam, c'est la non-reconnaissance du fait que cet état est, de fait, une anomalie d'origine chimique. Même si nous ne pensions même pas à traiter un enfant souffrant d'hypertension avec des bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine ou d'autres traitements nécessaires, quel que soit le produit chimique qui manque dans leur organisme, il y a une énorme réticence — en fait, il y a une campagne, dans certains milieux, pour ne pas traiter avec des produits chimiques les enfants ayant des carences chimiques.

Laissez-moi commencer avec vous, madame Synyshyn. Nous avons les renseignements de base — et Fraser Mustard prêche cela depuis 20 ans, alors ce n'est pas très nouveau — mais comment en sommes-nous arrivés à diagnostiquer cet enfant sur quatre, du moins après la naissance, quand un grand nombre des problèmes naissent dans l'utérus, bien sûr, mais au moins après la naissance — comment notre société peut-elle s'attaquer au problème de diagnostiquer cet enfant sur quatre qui a besoin d'une attention parentale particulière, d'une infrastructure sociale particulière, et, dans le cas de Mme Huffam, d'un enfant qui a probablement besoin d'un supplément chimique dès sa naissance? Comment pouvons-nous en arriver à cela?

Mme Synyshyn : Ce qui doit se produire, probablement, c'est une amélioration du dépistage de première ligne, qu'il s'agisse des pédiatres ou de cliniques de développement de l'enfant ou de ce

Probably what happens in many cases, I believe, is that when mental health issues come up — first of all, I think that people do not believe that kids actually can have mental health problems. They really do not think that that can happen. Again, especially now when there is so much work being done on the biology of things, and more understanding that there are some individuals who, in fact, will have difficulties from day one, I think that a large percentage of the population actually believes that that is not possible. I think they believe that so much stuff happens because of the nature/nurture thing, and much of it too seems to be that they really cannot believe that this little guy can have that much difficulty. Consequently, in many cases, there is a reluctance to treat, particularly with medication, because very little, if any, research has been done in that area.

We have a neuro-developmental clinic at MATC, and we deal with a lot of kids who are in the Asperger spectrum disorder group. They are pretty young, usually under the age of 12, and a lot of them need medication to help a bit with controlling some behaviour. It is not used as a “strait jacket” sort of thing, but the idea sometimes is that just a little bit of this or that medication would be helpful. Most of the work that is done we need to do very carefully because so much is off label. As I said, little research has been done, although there is more so now, and I know in fact that even working in this area has not been necessarily one of the most appealing things for a lot of specialists.

However, now we are finding that more residents and more physicians are becoming interested in this area. In fact, professionals and other people are beginning to identify kids at an earlier age, and starting to look at treatment at an earlier age, but usually very carefully and very cautiously, because the idea of using medication with children is still a pretty shaky area, particularly in this field.

Senator Keon: What kind of a screening program would you envision, for example, here in Manitoba? You have a nice little entity to work with, with a population of about a million people, some native people and a nice rural-metropolitan mix. What kind of a screening program do you envision?

Ms. Synyshyn: We have a child development clinic that is operated out of Children’s Hospital, and I could see expanding on some of that. I could see expanding the partnership between pediatricians, in particular, and perhaps mental health clinicians with a background in the area of early childhood development so that we may be able to identify and pick up those kids earlier.

genre de chose. Ce qui arrive probablement dans un grand nombre de cas, je crois, c’est que, quand surviennent des questions de santé mentale — premièrement, je pense que les gens ne croient pas que les enfants peuvent vraiment être aux prises avec des problèmes de santé mentale. Ils ne croient pas vraiment que cela peut arriver. Encore, surtout maintenant, où on fait tellement de travail dans le domaine de la biologie, et on a une meilleure compréhension du fait que certaines personnes, de fait, éprouveront des difficultés dès leur naissance, je crois que c’est un pourcentage important de la population qui croit vraiment que cela n’est pas possible. Je pense qu’ils croient que tellement de choses sont attribuables à la nature ou à la culture, et une grande part de cela semble également tenir au fait qu’ils n’arrivent pas vraiment à croire que ce petit garçon puisse éprouver tant de difficultés. Par conséquent, dans un grand nombre de cas, il y a une réticence à traiter, en particulier avec des médicaments, parce qu’on a effectué très peu de recherches dans ce domaine, voire aucune.

Nous avons une clinique de neurologie du développement au MATC, et nous avons affaire à de nombreux enfants qui sont aux prises avec des troubles s’inscrivant dans le spectre du syndrome d’Asperger. Ils sont assez jeunes, généralement âgés de moins de 12 ans, et nombre d’entre eux ont besoin de médicaments pour les aider à contrôler un peu certains comportements. Les médicaments ne sont pas utilisés à titre de « camisole de force », on parle du principe selon lequel parfois, juste un peu de ce médicament-ci ou de ce médicament-là pourrait être utile. La majeure partie du travail que nous effectuons doit être fait très soigneusement, car il y a tellement d’éléments qui échappent aux étiquettes reconnues. Comme je l’ai dit, on a mené bien peu de recherches dans ce domaine, même s’il y en a davantage maintenant, et je sais que, de fait, le simple fait de travailler dans ce domaine n’est pas nécessairement attrayant pour un grand nombre de spécialistes.

Toutefois, nous découvrons qu’un nombre grandissant de médecins résidents et de médecins s’intéressent à ce domaine. De fait, des professionnels et d’autres personnes commencent à repérer les enfants plus jeunes, et à envisager un traitement à plus jeune âge, mais on le fait généralement de façon très prudente et très soignée, car l’idée de recourir à des médicaments pour traiter les enfants n’est pas encore très solide, en particulier dans ce domaine.

Le sénateur Keon : Quel genre de programme de dépistage aimeriez-vous voir, par exemple, ici au Manitoba? Vous avez une belle petite collectivité, avec une population d’environ un million de personnes, des Autochtones et une belle combinaison de populations rurales et métropolitaines. Quel genre de programme de dépistage envisageriez-vous?

Mme Synyshyn : Nous avons une clinique de développement de l’enfant qui exerce ses activités à l’hôpital pour enfants, et j’aimerais la voir prendre de l’expansion. J’envisagerais un partenariat plus étendu entre les pédiatres, en particulier, et peut-être les cliniciens en santé mentale ayant l’expérience du domaine du développement de la petite enfance, afin que nous puissions cerner et prendre en charge ces enfants plus rapidement.

With respect to primary care and partnering between primary care and mental health providers, again, specialty or particular expertise in this area would probably be helpful. At least it could be helpful to parents who come for their primary health care, because usually the first stop is your primary health care provider, whether it is the GP, family practitioner or pediatrician; that is the first person whom parents usually see. I think if we had the ability to partner with people with expertise, we might be able to pick up on some of that earlier so that what we would not be seeing are parents feeling very blamed because of the fact that they are not being good parents. That does not mean that parents could not use help around parenting with some of these kids, and that kind of thing, but it would be a help, rather than a blaming situation.

Senator Keon: I suspect that this requires both a public and a professional education campaign of some kind?

Ms. Synyshyn: I believe so.

Senator Keon: Similar to some of the screening programs for somatic diseases.

Ms. Synyshyn: Parenting is a funny thing. I think that people think that adults have this innate ability to parent. It is like assuming that all mothers are great mothers, and that kind of thing. I think it is a learned thing, in a lot of ways. Depending on how you were parented and what you know about it, that is what you yourself bring to the task, and it is a pretty difficult thing to do.

Senator Keon: Ms. Huffam, have you been told by experts that had there been intervention with medication very early on, it would have made a significant difference?

Ms. Huffman: No, I have not been told that; it is my own perception. Certainly, once Alex started on the medication, he was able to learn, whereas before, he was entirely in the moment and unable to see consequences. Thus if he did something wrong, he did not understand, (a), that he had done something wrong, and (b), that punishment was related to that. Because he was simply acting out, he had no control over what he actually did.

The medication was able to calm him down to a point, to slow him down to a point where he was able to actually cognitively think about what he was doing. It helped. I mean, it certainly is not a cure, but it helped immeasurably.

Ms. Synyshyn: It is a self-regulation thing.

Ms. Huffman: Yes. That is the type of program that the parenting support would certainly help. You need to be able to coach your child on how to self-regulate, despite the illness. The fact is that the child will grow up, he will go out into the community, and you will not always be there to support him.

En ce qui concerne les soins primaires et l'établissement d'un partenariat entre les soins primaires et les fournisseurs de services de santé mentale, encore une fois, il serait probablement utile d'avoir accès à une spécialisation ou à une expertise particulière dans ce domaine. Cela permettrait à tout le moins d'aider les parents qui ont recours aux soins de santé primaires, car, en général, le premier contact est avec votre fournisseur de soins de santé primaires, qu'il s'agisse de l'omnipraticien, du médecin de famille ou du pédiatre; c'est, en général, la première personne que les parents voient. Je crois que si nous avions la capacité de créer des partenariats avec des experts, nous pourrions arriver à repérer certains cas plus rapidement, et nous pourrions éviter de voir des parents se sentir blâmés de ne pas être de bons parents. Cela ne veut pas dire que les parents n'ont pas besoin d'aide en ce qui concerne leur rôle parental auprès de certains de ces enfants, et ce genre de chose, mais il s'agirait d'un contexte non pas de blâme, mais bien d'aide.

Le sénateur Keon : Je suppose que cela exigerait qu'on lance une sorte de campagne de sensibilisation du public et des professionnels?

Mme Synyshyn : Je crois que oui.

Le sénateur Keon : Comparable à certains des programmes de dépistage pour les maladies physiques.

Mme Synyshyn : C'est une drôle de chose, l'éducation des enfants. Je crois que les gens pensent que les adultes ont cette capacité innée d'être parent. C'est comme supposer que toutes les mères sont des mères fantastiques, et ce genre de chose. Je crois que c'est une chose acquise, à de nombreux égards. Selon la façon dont on vous a élevé et ce que vous en savez, cela tient à ce que vous avez à contribuer à la tâche, et c'est une chose très difficile à faire.

Le sénateur Keon : Madame Huffam, est-ce que des experts vous ont dit qu'une intervention précoce avec des médicaments aurait changé beaucoup de choses?

Mme Huffam : Non, on ne m'a jamais dit ça; c'est ma propre perception. Certes, quand Alex a commencé à prendre son médicament, il a été capable d'apprendre, alors qu'auparavant, il ne vivait qu'à l'instant présent, et il était incapable de voir les conséquences. Ainsi, s'il faisait quelque chose de mal, il ne comprenait pas, d'une part, qu'il avait fait quelque chose de mal, et, d'autre part, que cela donnait lieu à une punition. Parce qu'il suivait tout simplement ses pulsions, il n'avait aucun contrôle sur son comportement.

Les médicaments ont permis de le calmer, jusqu'à un certain point, de le ralentir au point où il était en mesure de vraiment réfléchir à ce qu'il faisait. Cela a aidé. Je veux dire, ce n'est certainement pas une solution miracle, mais cela nous a été d'une utilité incalculable.

Mme Synyshyn : C'est une question de maîtrise de soi.

Mme Huffam : Oui. C'est le genre de programme de soutien aux parents qui serait utile, certainement. Il faut pouvoir apprendre à son enfant à se maîtriser, malgré la maladie. Il ne faut pas perdre de vue que l'enfant va grandir, qu'il va vivre au sein de la collectivité, et qu'on ne sera pas toujours là pour le

Thus the process that we are undertaking over these years is to try to teach him how to control himself. These are things that most children will learn at two, three and four years old. Alex is now almost 12, and we are still working on it.

Senator Keon: You see, we have heard the paradox of the chemical treatment of mental disease. Some groups that have come before us have said there is tremendous abuse of medication and chemicals in the management of psychiatric disease. I have a very close friend who is a psychopharmacologist, a very good one, and I made a point of raising this issue with him. He said that, in his opinion, this is one of the major problems with mental disease now, that it is perceived as some kind of aura that you cannot measure, when in fact most of it is a chemical phenomenon, for most mental disorders. Of course, he is pushing for research in that area, because with research we can perhaps identify tangibles.

My point is that there is resistance, and there is the accusation that teachers, for example, demand that the kid who is disrupting the class just be cooled out with a pill, instead of taking the time to analyse the child and manage them with psychotherapy or whatever. I think you have given us a very important illustration that there are times when you need chemical management.

Senator Johnson: This is such a vast area, one hardly knows where to begin. Your presentation was good. I want to know, you talked about the largest single proportion of vulnerable children being from low income families but that the largest proportion, over all, are from middle to high income families. Why is that? One in four are vulnerable, one in six have behaviour problems, and one in eight have learning issues. Is the issue of stigma part of it, and is coming forward for help an issue in the middle to high income families, in particular? I know that is a second question.

Ms. Synyshyn: You are probably right. I think that part of it, too, is recognition that there is a problem, but the issue of actually having to come forward, or not knowing where to go, not understanding where it is you might go and where you start out, depending perhaps on what door you open, or on whether in fact you get help or not. It also depends on where you start, or how that issue is conceptualized by the person to whom you are speaking.

As I mentioned at the beginning of the presentation, if you, as a parent, choose to go through the educational system, the situation may be conceptualized in one way; if you choose to go through the health system, it may be conceptualized differently. Thus conceptualization is one of the other issues. Depending on which door you go through, you may get something a little different through each one.

soutenir. Ainsi, le processus que nous entreprenons au cours des prochaines années consiste à essayer de lui montrer comment se maîtriser. C'est le genre de chose que la plupart des enfants apprennent à faire à deux, à trois ou à quatre ans. Alex a maintenant presque 12 ans, et nous travaillons encore là-dessus.

Le sénateur Keon : Vous voyez, nous avons entendu le paradoxe du traitement chimique de la maladie mentale. Certains groupes qui ont témoigné devant nous ont parlé du recours abusif aux médicaments et aux produits chimiques au chapitre de la gestion des troubles psychiatriques. Un de mes amis très proches est psychopharmacologue, et il est très bon, et je tenais à lui parler de cette question. Il m'a dit que, selon lui, c'est l'un des grands problèmes actuels en ce qui concerne la maladie mentale, le fait qu'elle est perçue comme une sorte d'aura qu'on ne peut mesurer, alors que, de fait, il s'agit surtout d'un phénomène chimique, pour la plupart des maladies mentales. Bien sûr, il préconise la tenue de recherches dans ce domaine, car la recherche nous permettra peut-être de cerner des éléments tangibles.

Ce à quoi je veux en venir, c'est qu'il y a de la résistance, et on accuse les enseignants, par exemple, d'exiger que l'enfant qui dérange la classe soit tout simplement calmé avec une pilule, alors qu'on pourrait prendre le temps d'analyser la situation de l'enfant et de recourir à la psychothérapie, ou quelque chose du genre. Je crois que vous nous avez montré de façon très éloquente qu'il y a des moments où une gestion chimique s'impose.

Le sénateur Johnson : C'est un domaine si vaste qu'il est difficile de déterminer où commencer. Votre exposé était bon. J'aimerais savoir : vous avez dit que la plus grande proportion d'enfants vulnérables est issue de familles à faible revenu, mais que le plus grand nombre, dans l'ensemble, vient de familles à revenu moyen ou élevé. Pourquoi donc? Un enfant sur quatre est vulnérable, un sur six a des problèmes de comportement, et un sur huit a des problèmes d'apprentissage. Est-ce que le problème tient en partie à la stigmatisation, et a-t-on remarqué que les familles à revenu moyen ou élevé sont plus réticentes à demander de l'aide? Oui, je sais, c'est une deuxième question.

Mme Synyshyn : Vous avez probablement raison. Je crois qu'une autre partie du problème tient à la nécessité de reconnaître qu'il y a un problème, mais le fait d'effectuer les premiers pas, ou de ne pas savoir où aller, de ne pas savoir qui pourrait nous aider, de ne pas savoir par où commencer, en fonction, peut-être, de la porte que vous choisissez d'ouvrir, ou du fait d'obtenir de l'aide ou de ne pas en obtenir. Cela dépend également de votre point de départ, ou de la façon dont le problème est conceptualisé par la personne à laquelle vous vous adressez.

Comme je l'ai mentionné au début de mon exposé, si, en tant que parent, vous choisissez de passer par le système d'éducation, la situation peut être conceptualisée d'une certaine façon; si vous choisissez de passer par le système de soins de santé, elle peut être conceptualisée différemment. Ainsi, la conceptualisation est un autre problème. Selon la porte que vous franchirez, on vous fournira une interprétation un peu différente de celle qu'on vous aurait donnée ailleurs.

Senator Johnson: The entry level to getting help was Ms. Huffam's story. We heard another one yesterday from a woman who took a child for help: if you have a broken leg, you get attended to in five minutes; if you have an eating disorder, you get attended to in ten months. It is the same story all around.

You are right about parenting. It is only recently that people have realized, or it has become popularly well known, that the first years of life are the most critical, and after age six it is over, really. Where do parents turn?

I have been very involved in Special Olympics for 25 years. I am curious to know, just as an aside, if you do not mind, Mr. Chairman, are the services for mentally handicapped now, which were zero 25 years ago, actually not better than they are for the mentally ill, or the vulnerable population? We get a cross mix in our specialty programs, but I am curious because we have excellent group homes, we have excellent Special Olympics programs, we have excellent workshops, and we have them competing in events. Do you know what I am saying? They seem now to have better services, or we have better services for that population. Is that true or not?

Ms. Synyshyn: I think in Manitoba, if you looked at it now, I think there has been excellent advocacy done by parent groups and other organizations around kids with very identifiable developmental delays and that kind of thing. If I were a parent with a child who had such a difficulty, I probably would not necessarily rave but I would say that if you compared the present situation to 25 years ago, it is a lot better now.

Then there are the children with IQs of less than 70, who are targeted for lots of services and that kind of thing. Thus if your kid has an IQ of less than 70, you probably have access to a lot of services, in Manitoba at any rate, such as children's special services and a number of other things, with respect to education. From the special education point of view, there is lots of help there.

It is when you hit that group of individuals who do not fit the criteria for community living and all of these other things that you run into a lot of difficulty, because they kind of fall through the cracks. They do not qualify for a lot of services, but they may be higher functioning so they need a different type of service. Also, the help or support needs to be provided within mental health, education and family service routes. It is all sort of spread out among these three areas.

However, the answer to your question is yes, I think probably, if you had a child with a very identifiable —

Le sénateur Johnson : Le témoignage de Mme Huffam concernait le point d'entrée pour obtenir de l'aide. Nous avons entendu un autre témoignage, hier, celui d'une femme qui avait amené son enfant pour obtenir de l'aide : si vous avez la jambe fracturée, on vous aidera dans cinq minutes; si vous avez un trouble de l'alimentation, on vous répondra dans dix mois. C'est toujours la même histoire.

Ce que vous avez dit au sujet du rôle de parent est tout à fait vrai. Ce n'est que tout récemment que les gens ont compris — ou que cette idée s'est répandue — que les premières années de la vie sont les plus importantes, et que, finalement, après l'âge de six ans, c'est terminé. Vers quoi les parents doivent-ils se tourner?

Je collabore énormément avec les Jeux Olympiques spéciaux depuis 25 ans. J'aimerais savoir, juste en passant, si vous n'y voyez pas d'inconvénients, monsieur le président, les services destinés aux handicapés mentaux — qui n'existaient pas il y a 25 ans — ne sont-ils pas meilleurs aujourd'hui qu'auparavant, les services destinés aux personnes souffrant de maladies mentales, ou la population vulnérable? Nos programmes spécialisés accueillent une grande diversité de personnes, mais je suis curieuse, car nous avons d'excellents foyers d'accueil, nous avons d'excellents programmes de Jeux Olympiques spéciaux, nous avons d'excellents ateliers, et ces personnes participent à des événements. Voyez-vous ce que je veux dire? Ils semblent avoir accès à de meilleurs services, ou nous offrons de meilleurs services à cette population. N'est-ce pas?

Mme Synyshyn : Je crois que, au Manitoba, si on examine la situation actuelle, je crois que les groupes de parents et d'autres organismes ont fait de l'excellent travail pour ce qui est de défendre les droits d'enfants aux prises avec des retards du développement bien distincts, et ce genre de chose. Si j'étais mère d'un enfant aux prises avec un tel trouble, il est probable que je ne serais pas nécessairement ravie, mais je dirais que, si on compare la situation actuelle à celle d'il y a 25 ans, c'est beaucoup mieux maintenant.

Ensuite, il y a les enfants avec un QI inférieur à 70, qui sont visés par de nombreux services et ce genre de chose. Ainsi, si votre enfant a un QI inférieur à 70, vous avez probablement accès à de nombreux services — du moins au Manitoba —, comme les Services spéciaux pour enfants et un certain nombre d'autres choses, en ce qui concerne l'éducation. Du point de vue de l'éducation spécialisée, il y a beaucoup de services.

C'est quand votre enfant fait partie de ce groupe de personnes qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité à Community Living et à toutes ces autres choses qu'on rencontre de nombreuses difficultés, parce qu'ils tombent entre les mailles du filet, en quelque sorte. Ils ne sont pas admissibles à un grand nombre de services, mais ils sont peut-être plus autonomes, alors ils ont besoin d'un type de service différent. De plus, l'aide ou le soutien doit être fourni dans le cadre des services de santé mentale, des services d'éducation et des services à la famille. C'est en quelque sorte réparti dans ces trois domaines.

Toutefois, la réponse à votre question est oui, je crois, probablement, si vous avez un enfant avec quelque chose de très distinct...

Senator Johnson: Very well.

The Chairman: Ms. Huffam, do you want to make a comment on that question or response?

Ms. Huffam: I just know myself — and this sounds horrible — but I often wished that my son had been born blind instead, because people would recognize that fact. They would take one look at my son and say, “Okay, we know what it is, we know what the problem is, we know the services that he needs,” and that would be that, and I would not have had to spend so much time advocating and begging for help.

The Chairman: The Special Olympics makes me think, am I right, that we have come a very long way, in the last 25 years roughly, in terms of the services that we are prepared to provide for the physically disabled. I just think of obvious things like ramps into buildings and that sort of stuff. The impression I have is that the stigma that existed with respect to someone in a wheelchair does not exist today, but the stigma that existed 25 years ago with respect to someone who is mentally ill still exists today.

Senator Johnson: Yes. That is even drawing a further line, saying that if they are identifiable ones, say, with Downs Syndrome, or are blind or whatever. The mentally handicapped, based on Downs Syndrome or something else that is obvious, that is even less of a stigma now, even though they were hidden away 25 years ago. Now that is less of a stigma than the mentally ill.

Ms. Synyshyn: Again, lots of advocacy has been done by parent groups. They have done a wonderful job, and nobody is about to tell them that they cannot have anything they need. It is their child's right. If they need to have something then they will fight for it. They are an articulate group of people. A lot of times, though, with mental health issues, it is the stigma issue, and it is not very visible.

Again, depression, as an example, happens to everybody to some degree or another at some point in their lives, and I do not know if people want to see it as a disability. I think it is all in the way that you conceptualize it and that kind of thing. It is one of those hidden things that can be problematic for people, or people do not necessarily want to share that information. I think the idea of people talking about it more and more openly is probably a very good thing, because it comes to the forefront. We now have very prominent people talking about issues such as bipolar disorder or psychosis, and that kind of thing is very helpful all round, because it help to illustrate just how common some of these things are. I have hopes that that will be helpful.

Senator Johnson: We had a young man yesterday giving a presentation who told us that he has had an anxiety disorder since he was eight years old. He said yesterday that he was very

Le sénateur Johnson : Très bien.

Le président : Madame Huffam, aimeriez-vous formuler un commentaire à l'égard de cette question, ou y répondre?

Mme Huffam : Tout ce que je sais, pour ma part — et cela peut sembler horrible — mais je me suis souvent dit que j'aurais préféré que mon fils soit né aveugle, car, au moins, les gens auraient reconnu ce fait. Ils regarderaient mon fils, et diraient : « d'accord, nous savons ce que c'est, nous savons quel est le problème, nous savons de quels services il a besoin. » Et ce serait la fin de l'histoire, et je n'aurais pas à passer tout ce temps à défendre ses droits et à supplier les gens pour obtenir de l'aide.

Le président : Les Jeux Olympiques spéciaux, cela me fait penser... ai-je raison de croire que nous avons fait beaucoup de chemin, au cours des 25 dernières années environ, en ce qui concerne les services que nous sommes disposés à offrir aux personnes souffrant d'un handicap physique? Je pense seulement à des choses évidentes, comme des rampes d'accès aux bâtiments, et ce genre de chose. L'impression que j'ai, c'est que les préjugés qui existaient à l'égard d'une personne en fauteuil roulant n'existent pas aujourd'hui, mais les préjugés qui existaient il y a 25 ans, pour ce qui est d'une personne qui souffre de maladies mentales, ces préjugés existent encore aujourd'hui.

Le sénateur Johnson : Oui. Et vous poussez la distinction plus loin, en disant que s'il s'agit d'un problème distinct — disons, la trisomie 21, ou la cécité, ou quelque chose du genre. Pour les handicapés mentaux, comme les trisomiques ou d'autres personnes dont l'affection est évidente, il y a encore moins de préjugés aujourd'hui, même si, il y a 25 ans, on les cachait. Il y a moins de stigmatisation à leur égard que pour ceux qui sont aux prises avec des troubles psychiques.

Mme Synyshyn : Encore une fois, c'est parce que des groupes de parents ont fait beaucoup de revendications. Ils ont fait un travail merveilleux, et personne ne va leur dire qu'ils ne peuvent avoir ce dont ils ont besoin. C'est le droit de leur enfant. S'ils ont besoin de quelque chose, ils vont se battre pour l'obtenir. Il s'agit d'un groupe de personnes qui savent comment obtenir des choses. Bien souvent, par contre, quand il est question de santé mentale, il y a le problème de la stigmatisation, et ce n'est pas très visible.

Encore, la dépression, par exemple, est quelque chose qui arrive à tout le monde, à des degrés variables, au cours d'une vie, et je ne suis pas certaine que les gens veulent que ce soit considéré comme un handicap. Je crois que tout est dans la façon de conceptualiser la chose. C'est l'une de ces choses cachées qui peuvent poser problème à certaines personnes, ou les gens ne veulent pas nécessairement divulguer cette information. Je crois que c'est probablement une très bonne chose que les gens parlent davantage et parlent de façon plus ouverte, car les problèmes sont mis à l'avant-plan. Nous avons maintenant des gens très connus qui parlent de choses comme les troubles bipolaires ou la psychose, et ce genre de chose est d'une grande utilité pour tout le monde, car cela permet de montrer à quel point certaines de ces choses sont courantes. J'espère que ce sera utile.

Le sénateur Johnson : Hier, un jeune homme qui a témoigné devant notre comité nous a dit qu'il était aux prises avec un trouble anxieux depuis l'âge de huit ans. Il nous a dit hier qu'il

anxious, but he did extremely well, since this was the first time he had ever presented. He had been dealing with this issue all of his life and now he has finally found some level of comfort with the fact that he is able to talk about it and to ask for — and get — some assistance. That is a major mental thing for anybody to deal with, of course, but the more it comes out of the closet, the more people feel that they can talk about it, which is where the community level comes in, and being able to have support systems and everything else.

Ms. Huffam, I am really curious to know, did your son ever get properly diagnosed? Was it not autism?

Ms. Huffman: I do not know. We have had two different diagnoses. We have had the bipolar disorder diagnosis, which is cyclical in nature, but we do not see those cycles. What I mean is, we see them, but on a daily basis. He is up, he is down, he is up, he is down. So parts of that just do not fit. We have also had the diagnosis of pervasive development disorder, not otherwise specified, and we are told that it is on the autism spectrum, and that could be it as well.

I actually do not describe his illness as a mental illness. I actually describe it as a brain disorder to people. I do not know whether or not that is the right thing to do but, frankly, I am so tired of the stigma around the phrase “mental illness.”

Senator Johnson: Exactly, because they are proving that genetics is totally involved with depression and other forms of mental illness. It is like diabetes — and I said this yesterday — the more we can talk about it publicly, the more it will be understood. The media was criticized here yesterday as well for the way they presented people, and people are still afraid. I know lots of people who receive help, and kids, and they do not talk about it. This probably represents the last frontier on which this chair and this committee is doing its work.

I will turn the floor over to my colleagues now. I just find it so frustrating for you, having worked with kids, with especially the undiagnosable, as you say, that area is just a wilderness. Like with addictions, such as alcoholism, or whatever, these families are just totally disrupted and torn apart. I do not think that we have all of the answers but I think this committee is doing its best to find some.

Senator Pépin: Ms. Huffam, while I was listening to you, I was wondering if you could tell us, what changes are needed? Let us say in the current delivery of services. Do you believe that, as you say, you were seeing the pediatrician and he was telling you that it was not your son's fault but it was you as a mother. Do you see a way in which we could organize it better? Do you think that if the doctors were more alert or had special training to know and to recognise those disabilities, or if there were more psychiatric nurses or social workers, things would be different? What kind of changes do you think could better help those parents who come looking for help with a child suffering from a mental disorder?

était très anxieux, mais il s'est très bien tiré d'affaire, puisqu'il s'agissait de son tout premier témoignage à vie. Il a dû composer avec cela pendant toute sa vie, et il en est enfin arrivé à se sentir assez à l'aise avec ce fait qu'il peut en parler et demander — et recevoir — de l'aide. C'est tout un fardeau mental à porter pour quiconque, bien sûr, mais plus ces choses sont révélées, plus les gens ont le sentiment de pouvoir en parler, et c'est à ce moment-là que la collectivité a un rôle à jouer et qu'elle peut offrir des systèmes de soutien et tout le reste.

Madame Huffam, je suis vraiment curieuse, j'aimerais savoir si votre fils a fini par être diagnostiqué convenablement? N'est-il pas autiste?

Mme Huffam : Je l'ignore. Nous avons deux diagnostics différents. Il y a eu un diagnostic de trouble bipolaire, lequel est de nature cyclique, mais nous n'avons pas cerné ces cycles. Je veux dire, nous les voyons, mais quotidiennement. Il est joyeux, il est déprimé, il est joyeux, il est déprimé. Alors, il y a des choses qui ne cadrent tout simplement pas. Nous avons également eu le diagnostic de trouble de développement profond, sans aucune autre précision, et on nous dit que cela s'inscrit dans le spectre de l'autisme, et qu'il pourrait s'agir de cela, également.

À vrai dire, je ne décris pas sa maladie comme une maladie mentale. Je parle plutôt d'un trouble cérébral. J'ignore si c'est la bonne chose à faire, mais, pour tout dire, j'en ai vraiment assez des préjugés rattachés au terme « maladie mentale ».

Le sénateur Johnson : Exactement, car on prouve que la génétique joue certainement un rôle au chapitre de la dépression et d'autres formes de maladie mentale. C'est comme le diabète — et j'ai dit cela hier — plus nous en parlerons publiquement, plus les gens comprendront cela. Les médias ont également fait l'objet de critiques à l'occasion de la séance d'hier, en raison de la façon dont ils présentent les gens, et les gens ont encore peur. Je connais beaucoup de gens qui reçoivent de l'aide — et je parle d'enfants —, et ils n'en parlent pas. C'est probablement l'objectif ultime des travaux de notre Comité et de son président.

Je cède maintenant la parole à mes collègues. Je trouve votre situation tellement frustrante, et j'en sais quelque chose, car j'ai travaillé avec des enfants, en particulier ceux dont le diagnostic est impossible, comme vous dites, c'est un territoire encore inconnu. Comme c'est le cas avec les toxicomanies, comme l'alcoolisme, ou autre chose, ces familles sont tout simplement perturbées, et déchirées. Je ne crois pas que nous ayons toutes les réponses, mais je crois que notre Comité fait de son mieux pour en trouver.

Le sénateur Pépin : Madame Huffam, je vous écoutais, et je me demandais si vous pourriez nous dire quels changements s'imposent. À l'égard, disons, de la prestation de services. Croyez-vous que — comme vous l'avez dit, vous consultez le pédiatre, et il vous dit que c'est non pas la faute de votre fils, mais bien la vôtre, à titre de mère. Voyez-vous une façon qui nous permettrait de mieux organiser les choses? Croyez-vous que, si les médecins étaient plus alertes ou jouissaient d'une formation spéciale pour connaître et repérer ces troubles, ou s'il y avait davantage d'infirmières psychiatriques ou de travailleurs sociaux, les choses seraient différentes? Quels genres de changements, selon

Ms. Huffman: There are one or two things that I think would have been helpful — and this, of course, was ten years ago; maybe these things are now being put into place, I do not know. I was visited by a public health nurse after I gave birth and was home with our first child. She came, I think, once every couple of weeks and weighed Alex. Of course, he was huge and eating like a horse, so there was no problems there. I am wondering if it is possible for parents to be provided with access to a public health nurse who is trained in early development screening at, say, a public health unit? If new parents simply had the phone number of such a facility, it would be of value. For example, my son did not sleep during the day. He was three or four months old, and he would sleep for maybe five, ten minutes at a time, maybe once or twice during the day, and then he was up a lot during the night.

The Chairman: We are all grandparents. We know how much you need a break.

Ms. Huffman: But I was a new parent, and whenever I complained to someone that my son did not sleep, they would be like, “Oh, we know what that is like.” My answer, in hindsight, is no, they do not. If I had actually been able to talk to a nurse and say “Is this normal? He wakes up in the middle of the night screaming for three, four hours at a time?” Now I know that that is night terrors, and it is a strong indication that there may be a developmental delay. At the time, I did not know that. Had I been able to phone an early screening person at the public health unit, then maybe I would have been told, “That is not quite right. Let us put him through the screening. Let us see how he is doing, and then if he is not doing well, we will get you in to see the doctor.” Maybe then the doctor would take a parent more seriously because the family had already been through the early screening with the mental health professional. That is one idea.

Senator Pépin: Also, later on, when the child starts school, do you see a role for the school regarding detection? Do you believe that there should be a screening when the child starts to go to school. I mean, for everybody, not just for the ones making noises?

Ms. Huffman: Maybe I am not the right person to answer that question because I have had such terrible experiences with the schools. By the time the child gets to the school, they are five years old, and I just feel that that is so late.

Senator Pépin: I agree with you, but I was just wondering if you believed that there should be screening there, too?

vous, permettraient de mieux aider les parents qui viennent chercher de l'aide pour un enfant souffrant d'une maladie mentale?

Mme Huffam : Il y a une ou deux choses qui, selon moi, auraient été utiles — et ça, bien sûr, c'est il y a dix ans : peut-être qu'on s'affaire actuellement à mettre ces choses en place, je l'ignore. À mon retour à la maison, après mon premier accouchement, j'ai reçu la visite d'une infirmière de la santé publique. Elle venait, je crois, aux deux semaines, et pesait Alex. Bien sûr, il était énorme et il mangeait comme un loup, alors il n'y avait aucun problème à cet égard. Je me demande s'il est possible pour les parents d'avoir accès à une infirmière de la santé publique formée pour le dépistage précoce des troubles de développement dans, disons, un service de santé publique? Si les nouveaux parents n'avaient qu'à composer un numéro de téléphone pour recourir à un tel service, ce serait utile. Par exemple, mon fils ne dormait pas le jour. Il avait trois ou quatre mois, et il ne dormait que peut-être cinq à dix minutes à la fois, une ou deux fois par jour, et il était éveillé pendant une bonne partie de la nuit.

Le président : Nous sommes tous des grands-parents. Nous savons à quel point vous avez besoin de repos.

Mme Huffam : Mais il s'agissait de mon premier enfant, et quand je me plaignais à quelqu'un que mon fils ne dormait pas, on me répondait : « Oh, nous comprenons votre situation. » En rétrospective, ma réponse, c'est que non, ils ne comprennent pas. Si j'avais eu l'occasion de parler à une infirmière, et de dire « Est-ce normal? Il se réveille en plein milieu de la nuit, et ne cesse de crier pendant trois ou quatre heures! » Maintenant, je sais qu'il s'agit de terreurs nocturnes, et que c'est un fort indice de retards de développement éventuels. À l'époque, j'ignorais cela. Si j'avais eu la possibilité de téléphoner à un responsable du dépistage précoce d'un service de santé publique, alors on m'aurait peut-être dit : « Ce n'est pas tout à fait normal. Il vaut peut-être mieux d'effectuer un dépistage. Examinons-le pour déterminer s'il va bien, et s'il ne va pas bien, nous veillerons à ce qu'il soit examiné par un médecin. » Peut-être que, de cette façon, le médecin prendrait le parent plus au sérieux, car la famille a déjà fait l'objet d'un dépistage préliminaire auprès d'un professionnel de la santé mentale. C'est une idée.

Le sénateur Pépin : Et plus tard, quand l'enfant commence l'école, croyez-vous que l'école devrait jouer un rôle au chapitre du dépistage? Croyez-vous qu'il devrait y avoir un dépistage au moment de l'entrée de l'enfant à l'école? Je veux dire, pour tout le monde, pas seulement pour ceux qui font du bruit?

Mme Huffam : Je ne suis peut-être pas la meilleure personne pour répondre à cette question, car j'ai connu des expériences terribles avec les écoles. Quand l'enfant arrive à l'école, il a cinq ans, et je crois qu'il est tout simplement trop tard.

Le sénateur Pépin : Je suis d'accord avec vous, mais je me demande seulement si vous croyez qu'il devrait y avoir un dépistage à ce moment-là aussi?

Ms. Huffman: I think they could refer parents and children, and maybe bring in a professional to do a professional screening at the kindergarten. But to actually have the school themselves doing that, I think not. I would prefer to go through the medical system as opposed to the educational system.

Senator Pépin: Early detection is so important that it could be better in the kindergarten.

Ms. Huffman: I think parents see problems long before their child ever gets to kindergarten.

Senator Pépin: Do you feel, then, that parents — as you say, you were a new parent and, yes, you believe everything, but that parents need someone, as you say, to talk to and to exchange information, and someone whom they can trust earlier, so it has to be organized, not at the hospital level, but at the service level when the visitor goes to see the family, the nurses and things like that?

Ms. Huffman: That is right. Just someone to check in with, and maybe that would lessen the intake of people taking their children into the doctor or hospital, asking routine questions, who really do not need to be there. It could help break that logjam as well.

Senator Gill: You talked about using the telephone system to manage the waiting list. What I mean is that people who want to have treatment try and go out through the telephone system. You seem to be happy about that system.

Ms. Huffman: It is better than it was, let me qualify it that way.

Senator Gill: What are the results? Is it better? I am taking about the treatment itself, about the waiting list to be treated. I suppose it depends on the number of people who are doing the treating, such as doctors, psychiatrists, et cetera. What is the situation after that?

Ms. Synyshyn: Access is easier because there is one phone number to call, and anybody can call that number. What was happening before was that the parents, most parents would have to get a referral from a professional. That was the first thing. If there was an issue with one of your kids or whatever, you would have to go the route where you would have to talk to somebody, and they would say, "I will do this," and then they would call. What is better now is that parents themselves have access, and they are a referral source. Sixty per cent of the calls that we get are from parents themselves. They are the referral source, not the profession. That is not to say that they have not seen anyone, but that is what is different, and from my way of thinking and from the feedback we have been getting, that is certainly better. In terms of how it is managed, they actually all come in through this one door, so to speak, and they are triaged. Thus you do not have people going to four or five different places.

Mme Huffam : Je crois qu'elles pourraient aiguiller les parents et les enfants vers des services, et peut-être charger un professionnel d'effectuer des évaluations à la maternelle. Mais pour ce qui est de charger les écoles de faire cela, je ne crois pas. J'aimerais mieux que ce genre de chose soit confié au système médical qu'au système d'éducation.

Le sénateur Pépin : Le dépistage précoce est si important qu'il vaudrait peut-être mieux le faire à la maternelle.

Mme Huffam : Je crois que les parents voient le problème bien avant que leur enfant ne passe à la maternelle.

Le sénateur Pépin : Croyez-vous, alors, que les parents — comme vous dites, c'est votre premier enfant et, oui, vous croyez tout ce qu'on vous dit, mais les parents ont besoin, comme vous dites, d'avoir quelqu'un à qui parler, avec qui ils peuvent échanger de l'information, une personne à laquelle ils peuvent faire confiance plus tôt, de sorte qu'il doit s'agir de quelque chose d'organisé, à l'échelon non pas de l'hôpital, mais bien de la prestation de services, quand le responsable rend visite à la famille — les infirmières et autres personnes du genre?

Mme Huffam : C'est exact. Juste quelqu'un à consulter, et cela pourrait peut-être réduire le nombre de personnes qui consultent le médecin ou qui se rendent à l'hôpital avec leur enfant, qui posent des questions courantes, qui n'ont pas vraiment besoin d'être là. Cela pourrait contribuer à réduire l'engorgement.

Le sénateur Gill : Vous avez parlé de l'utilisation d'un système téléphonique pour gérer les listes d'attente. Ce que je veux dire, c'est que les gens qui tentent d'obtenir un traitement essaient d'y accéder par l'entremise d'un système téléphonique. Vous semblez satisfaite de ce système.

Mme Huffam : Disons que les choses vont mieux qu'avant.

Le sénateur Gill : Quels sont les résultats? Est-ce que c'est mieux? Je parle du traitement lui-même, de la liste d'attente en vue du traitement. Je suppose que c'est fonction du nombre de personnes qui administrent le traitement, comme les médecins, les psychiatres, etc. Quelle est la situation après cela?

Mme Synyshyn : L'accès est plus facile, parce qu'il n'y a qu'un seul numéro de téléphone, et que tout le monde peut téléphoner à ce numéro-là. Ce qui arrivait autrefois, c'est que les parents, la plupart des parents devaient se faire aiguiller par un professionnel. C'était la première étape. S'il y a un problème à l'égard de l'un de vos enfants, ou quoi que ce soit, vous deviez tout d'abord parler à quelqu'un, et ils vous disaient : « Je vais faire cela », et ils téléphonaient. C'est mieux maintenant, car ce sont les parents eux-mêmes qui ont accès, et ils sont une source d'aiguillage. Au total, 60 p. 100 des appels que nous recevons proviennent de parents. La source d'aiguillage, c'est non pas les professionnels, mais bien les parents. Cela ne veut pas dire qu'ils n'ont vu personne; c'est ce qu'il y a de différent, et, à mes yeux, et d'après les commentaires que j'entends, c'est certainement préférable. Pour ce qui est de la façon dont c'est géré, ils entrent tous par la même porte, pour ainsi dire, et on effectue un triage. On évite ainsi à des gens d'aller à quatre ou cinq places différentes.

In fact, because we have professionals answering the phones, rather than a secretary, with all due respect, but when we have someone who is a clinician answering the phone, sometimes what happens is that the questions that parents have, in particular, much of the time that is the intervention. The intake clinician will actually meet with the parent and the child and actually do an intervention, and say, "What are you doing tomorrow afternoon? Let us get together and try and sort this situation out." Sometimes that is the intervention, and it does not need to go any further than that. The parent says, "Okay, that is good. I think I have a handle on it now, and can I call again if I need to?" We are always open to where they can just call again.

Sometimes you need more than that, and then we can help them through the system that way. We can have someone seen for a psychiatric assessment within 24 hours or less, if it is necessary. The emergencies are skimmed off right at the beginning and dealt with on an emergency basis. However, the majority of the calls that we get are not emergency calls. They are calls from people who are dealing with their kids; the kids will not go to school; this is going on, that is going on — sort of behavioural issues. Those are then dealt with, and again, if we can deal with them with the least intrusive intervention, that is the way we will go first. Then after that, if the parent needs more help, certainly we help them to sort of walk through the system and advocate for them throughout the system. Again, I am talking about just through the Child and Adolescent Mental Health System, not the school system or corrections or family services. This is just through the health system.

It has to be better; it certainly can get much better, because much of the time we cannot necessarily do or give what that person on the other end of the phone is asking for. They must go through this process, which can be pretty frustrating for parents. I can understand that and appreciate it, but they do have to go through a process. Sometimes that is the frustrating part. Parents call; they know what they want and they know what they need, but we make them go through these hoops anyway, which is unfortunate.

Senator Gill: Tell me, are the Aboriginal people using the system as much as the others? Do you know that? The Aboriginal people, the native people, are they using the system as much as the others?

Ms. Synyshyn: Probably not. We do not do well with First Nations in terms of providing —

Senator Gill: Even those who are living in Winnipeg here?

Ms. Synyshyn: You know what? Probably our treatment numbers and our call numbers would reflect the percentage of population that are First Nations in Manitoba, so probably 10 per cent of our clients are First Nations.

De fait, puisque ce sont non pas des secrétaires — avec tout le respect qu'on leur doit — mais bien des professionnels qui répondent au téléphone — mais quand c'est un clinicien qui répond au téléphone, il arrive parfois, souvent, que l'intervention se limite à répondre aux questions des parents. Le clinicien chargé de l'accueil va rencontrer le parent et l'enfant, et effectuera une intervention, et il dira : « Que faites-vous demain après-midi? Réunissons-nous, et tentons de faire le point sur la situation. » Parfois, l'intervention se limite à cela, et il n'y a pas lieu d'aller plus loin. Les parents disent : « D'accord, c'est bien. Je crois savoir ce que j'ai à faire maintenant, et je peux téléphoner de nouveau si j'en ai besoin, non? » Nous sommes toujours ouverts à l'idée qu'ils peuvent rappeler.

Parfois, on a besoin de plus que ça, et le système nous permet d'aider les gens qui sont dans cette situation. Nous pouvons veiller à ce qu'une personne fasse l'objet d'une évaluation psychiatrique dans les 24 heures, ou moins, si cela est nécessaire. Les urgences sont repérées dès le début du processus, et sont prises en charge sur-le-champ. Toutefois, la majorité des appels que nous recevons ne sont pas des urgences. Il s'agit d'appels de personnes qui ont des problèmes avec leurs enfants; les enfants ne veulent pas aller à l'école; il se passe telle ou telle chose — des problèmes de comportement, en quelque sorte. On peut donc donner suite à ces demandes, et, encore une fois, si nous pouvons intervenir de façon plus discrète, c'est l'option que privilégierons. Si, par la suite, le parent a besoin d'une aide supplémentaire, nous pouvons certainement l'aider à naviguer dans le système, et l'aider à obtenir ce dont il a besoin. Encore une fois, je parle seulement du système de santé mentale pour enfants et adolescents, je ne parle pas du système scolaire ou correctionnel, ou des services à la famille. Il s'agit uniquement du système de santé.

Il faut l'améliorer; on peut certainement l'améliorer beaucoup plus, car bien souvent, nous ne pouvons pas nécessairement offrir à la personne qui téléphone ce dont elle a besoin. Il faut passer par ce processus, ce qui peut être assez frustrant pour un parent. Je peux comprendre cela, mais ils doivent suivre un processus. Parfois, c'est ça qui est frustrant. Les parents téléphonent; ils savent ce qu'ils veulent, et ils savent ce dont ils ont besoin, mais nous leur faisons tout de même subir ces étapes, et c'est regrettable.

Le sénateur Gill : Dites-moi, est-ce que les Autochtones utilisent le système aussi souvent que les autres? Savez-vous cela? Les Autochtones, les gens des Premières nations, est-ce qu'ils utilisent le système autant que les autres?

Mme Synyshyn : Probablement pas. Nous ne faisons pas bonne figure, pour ce qui est de fournir aux Premières nations...

Le sénateur Gill : Même ceux qui vivent ici même, à Winnipeg?

Mme Synyshyn : Vous savez quoi? Nos statistiques relatives au traitement et au nombre d'appels reflètent probablement le pourcentage de la population que constituent les Premières nations au Manitoba, alors, je dirais que probablement 10 p. 100 de nos clients sont des Autochtones.

I do not think that we do a particularly good job. We do not do a good job with First Nations communities from the North. We have 14 in-patient beds for the whole province of Manitoba, which are emergency beds at psych health for kids. Fifty per cent of those 14 beds are generally filled with First Nations kids from the North. They have very few services in the North. Again, just because they are so desperate, they tend to Medevac the kids out. A lot of the time it is serial. It is not just sort of one episode; the kids come out frequently. Again, the issue has to do with social determinants on the reserve itself. They do not have a lot of the things that they need.

Things develop, you know. I would be depressed, too, if I did not have much to look forward to. The kids come down, then they go back up again. There are no resources, and bang, they are back down again. It is unfortunate. We do not do a good job with First Nations in these situations at all.

Senator Gill: What do you see? I know it is not easy, but I know that lots of people are in jail instead of perhaps being treated in the proper place.

Ms. Synyshyn: I think what would help would be partnering with the First Nations and developing that relationship, and not going in and telling them what they have to do, but supporting them to do the things that they need to do, using some of our expertise, but having First Nations people do the work, and not shipping kids down into an artificial setting that really is not very helpful to them or their communities.

Senator Pépín: You spoke about your telephone program, but I thought I heard someone yesterday speak about email; computer service and email. Have you thought about that approach?

Ms. Synyshyn: It is interesting. I went to a presentation recently on the Triple P — Positive Parenting Program, one of the interventions that they use is checking in with people via telephone and email, and it is something that we probably need to do more of. With respect to delivery service, sometimes people are reluctant to do this. Even if you go out to people, a lot of times they may be reluctant. But that phone call, if we are checking three times a week about how are things going, it is very helpful, because people know that you are there for them.

Email is another thing. I know some of our clinicians see people, or they actually talk to them via MSN because they are not willing to come into a facility, or they really do not want to see you, so it is easier. They will talk to you via email, and you can have a relationship with them via email that is a lot easier than you might have face to face. However, it is a new technology that we have not yet factored into how we do business.

Je ne crois pas particulièrement que nous fassions du bon travail. Nous ne faisons pas du bon travail auprès des collectivités des Premières nations du Nord. Nous avons, pour l'ensemble de la province du Manitoba, 14 lits d'hôpitaux destinés aux soins psychiatriques d'urgence pour enfants. En général, la moitié de ces lits sont occupés par des enfants autochtones du Nord. Ils jouissent de très peu de services dans le Nord. Encore une fois, juste parce qu'ils sont au comble du désespoir, ils ont tendance à recourir à l'évacuation sanitaire pour leurs enfants. Bien souvent, cela se fait à répétition. Il ne s'agit pas d'événements ponctuels; les enfants viennent souvent. Encore une fois, le problème est lié aux facteurs sociaux déterminants sur la réserve. De nombreuses choses dont ils ont besoin leur font défaut.

Les choses s'aggravent, vous savez. Je serais déprimée, moi aussi, si je ne voyais rien de beau dans mon avenir. Les enfants arrivent ici, et retournent chez eux ensuite. Il n'y a pas de ressources, et soudainement, ils sont de retour. C'est regrettable. Nous sommes loin de faire bonne figure pour ce qui est des Premières nations.

Le sénateur Gill : Que voyez-vous? Je sais que ce n'est pas facile, mais je sais que de nombreuses personnes sont emprisonnées au lieu de recevoir les traitements dont ils ont besoin.

Mme Synyshyn : Je crois qu'il serait utile d'établir un partenariat avec les Premières nations, et de nouer des liens, au lieu d'aller là et de leur dire quoi faire; nous devons les soutenir afin qu'ils fassent ce qu'ils ont à faire, nous devons mettre notre expertise à leur disposition, mais laisser les Premières nations faire le travail, et il ne faut pas parachuter les enfants dans un milieu artificiel, car cela n'aide ni les enfants ni leurs collectivités.

Le sénateur Pépín : Vous avez parlé de votre programme téléphonique, mais je crois avoir entendu un témoin, hier, parler du courriel; d'un service d'informatique et de courriel. Aviez-vous pensé à une telle approche?

Mme Synyshyn : C'est intéressant. J'ai récemment assisté à une conférence sur le programme d'entraînement parental positif Triple P, et l'une des interventions qu'on utilise dans le cadre de ce programme consiste à assurer un suivi par téléphone et par courriel, et c'est quelque chose que nous devrions probablement faire plus souvent. En ce qui concerne la prestation de services, les gens sont parfois réticents à faire cela. Même si on fait les premiers pas, les gens sont souvent réticents. Mais cet appel téléphonique, si nous appelons trois fois par semaine pour vérifier comment vont les choses, c'est très utile, car les gens savent qu'on est là pour eux.

Le courriel, c'est un autre aspect. Je sais que certains de nos cliniciens voient des gens, ou plutôt, qu'ils communiquent avec eux par l'entremise de MSN, car ils ne sont pas disposés à venir dans un établissement, ou ils ne veulent pas vraiment vous voir, alors c'est plus facile. Ils vont communiquer avec vous par courriel, et vous pouvez nouer des relations avec eux de cette façon, c'est beaucoup plus facile que si vous deviez le faire en personne. Toutefois, c'est une nouvelle technologie, et nous n'en avons pas encore tenu compte dans le cadre de nos activités.

Senator Pépin: For the people who live in the region, it could be

Ms. Synyshyn: That is right. Telehealth is another thing. We really have not exploited telehealth as much as we should, either. That is another way, in terms of some of our northern and remote communities, through which we need to be able to do the telehealth piece as well. In that way, you can actually have people communicating quite frequently, as opposed to having to send someone up there or, at massive expense, bring the patients down.

Senator Pépin: Thank you.

The Chairman: Go ahead.

Senator Johnson: Can you just tell me how many FAS kids you are getting in your program? Is it increasing again or not?

Ms. Synyshyn: I would say that if you are looking for kids who have a pure FAS diagnosis, who have the dysmorphia and that kind of thing, I am not sure what the number is. However, I can tell you that kids who have the effects of fetal alcohol, which means that although they do not have the physical features, they certainly have issues around their impulsivity, judgment and that kind of thing, I would say probably a good percentage of the kids that we see probably have had some type of involvement in that way. Either that or it is what I would call a wiring issue, more so than anything else. Whether it is because of the mother drinking or doing whatever, or some other environmental factors, I think there are probably a lot more than we are aware of.

The Chairman: I want to just finish off by asking you some questions about your centralized intake system, which is, by the way, the only one that we have heard of in the country, so we will be inclined to plagiarize it as a good example.

Ms. Synyshyn: Feel free to do so.

The Chairman: Two things strike me: First of all, how did you get all of the required services to cooperate? The stories we have heard would suggest that there are silos in which they all operate, and they love their own autonomy. Was it brute force? I mean that seriously, in the sense that, did you say to people, "We do not fund your service unless you agree to participate," How did you do it?

Ms. Synyshyn: Remember, this is just within Child and Adolescent Mental Health.

The Chairman: I understand that. We have to start somewhere.

Ms. Synyshyn: Yes, that is true. Part of it is the way in which we are organized. There are three large organizations that are part of our Child and Adolescent Mental Health program. Two of them are general hospitals, or teaching hospitals, the Health Sciences Centre and St. Boniface Hospital, and the other one is

Le sénateur Pépin : Pour les gens qui vivent dans la région, cela pourrait être...

Mme Synyshyn : C'est ça. C'est un autre aspect, la télésanté. Nous n'avons pas vraiment exploité la télésanté autant que nous l'aurions pu. C'est un autre outil, en ce qui concerne certaines de nos collectivités nordiques et éloignées, auxquelles nous devons recourir au chapitre de la télésanté. De cette façon, on peut communiquer fréquemment avec les gens, au lieu de dépêcher quelqu'un là-bas ou d'aller chercher les patients, ce qui est énormément coûteux.

Le sénateur Pépin : Merci.

Le président : Allez-y.

Le sénateur Johnson : Pouvez-vous me dire combien d'enfants souffrant du syndrome d'alcoolisme foetal participent à votre programme? Est-ce que leur nombre augmente, encore une fois?

Mme Synyshyn : Je dirais que, quant aux enfants qui souffrent de ce syndrome proprement dit, qui souffrent de dysmorphie, et présentent d'autres symptômes de ce genre, je ne sais pas exactement combien il y en a. Toutefois, je peux vous dire que les enfants qui ont subi les effets de l'alcoolisme foetal, ce qui veut dire que, même s'ils n'en présentent pas les caractéristiques physiques, ils ont de toute évidence des problèmes d'impulsivité, de jugement, et ainsi de suite, et je dirais qu'un bon pourcentage des enfants que nous voyons ont probablement des problèmes liés à cela. Si ce n'est pas cela, c'est qu'ils ont un problème de câblage, je dirais, plutôt qu'autre chose. C'est peut-être parce que leur mère buvait ou Dieu sait quoi, ou peut-être à cause de facteurs environnementaux, mais je crois qu'il y en a probablement plus que nous le pensons.

Le président : J'aimerais pour terminer vous poser quelques questions sur le système centralisé d'admission qui est, en passant, le seul système de ce type dont nous avons entendu parler au Canada, et je crois qu'on aurait tendance à le plagier, parce que c'est un bon exemple.

Mme Synyshyn : N'hésitez pas à le faire.

Le président : Deux choses me frappent : premièrement, comment êtes-vous arrivée à convaincre tous les services nécessaires de coopérer? Ce que nous avons entendu nous laisse penser qu'ils fonctionnent de façon indépendante les uns des autres et qu'ils tiennent beaucoup à leur autonomie. Avez-vous dû employer la force? Je parle sérieusement, je veux dire que vous auriez pu leur dire : « nous ne financerons pas votre service si vous n'êtes pas d'accord pour participer ». Comment avez-vous fait?

Mme Synyshyn : N'oubliez pas qu'on parle seulement du Programme de santé mentale pour enfants et adolescents.

Le président : Je comprends. Il faut bien commencer quelque part.

Mme Synyshyn : Oui, c'est bien vrai. C'est en partie à cause de la façon dont nous sommes organisés. Trois grands organismes participent à notre Programme de santé mentale pour enfants et adolescents. Il y a deux hôpitaux généraux, ou hôpitaux universitaires, le Health Sciences Centre et l'Hôpital de

the Manitoba Adolescent Treatment Centre. We have a hospital base and a large community base. Probably MATC delivers the largest part of the mental health services within the region.

Senator Pépin: What was the acronym?

Ms. Synyshyn: MATC, Manitoba Adolescent Treatment Centre. We were already doing some of this work because we had the largest portion. When we started the program, and my responsibilities as well as those of the medical director, Keith Hildahl, started overarching into the other two, we found that it just made sense to have a centralized intake, because we all kind of communicated already. I have to say that within Child and Adolescent Mental Health we probably communicate more than what happens within the adult system, just because kids bring all of this stuff with them. You cannot help but talk to each other. We had already had a sort of mini-triage group going, and we knew that we had so many kids in common, so the centralized intake was not a super hard sell. We have been working together quite well.

I think what happened is that the physicians needed to be convinced about giving up some of their control of the gatekeeping function. Let me say that I use that expression here. I do not know that I would necessarily have used that type of description when we were originally doing this.

The Chairman: I am sure you would not; it would not have sold well.

Ms. Synyshyn: It depends on how I felt that day. It depends on how well they were cooperating and that kind of thing. I think what happened is that the physicians found out, once they did not have to take the phone calls and they did not have to say "No," or deal with people, they found it much easier to do what it is that they are supposed to do, which is deliver treatment and deliver service.

Therefore, it has not been such a hard sell. We still have lots of issues around information exchange and that kind of thing, even though we are the trustee for the whole program in terms of information. It is also still difficult because the teaching hospitals kind of do see themselves as having a very special role, and we try and respect that, but it has not all been super easy, although it was not as hard as I thought it would be. I think we were sort of doing some of it already, and our system is manageable enough in size to be able to do it. That is where we were lucky. Again, it was happening in Winnipeg, as compared to Toronto or some place else, so it is a lot easier to do it.

There are some centralized intake systems in Alberta. When we were doing the WCWL, we became quite familiar with those, although they operate somewhat differently than ours. I think ours is probably the best model of all of them in Western Canada.

St. Boniface, et il y a aussi le Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC). Nous avons donc une base dans les hôpitaux et une grande base dans la collectivité. Le MATC fournit probablement la plus grande partie des services en santé mentale de la région.

Le sénateur Pépin : Quel était l'acronyme?

Mme Synyshyn : Le MATC, le Manitoba Adolescent Treatment Centre. Nous faisons déjà une partie de ce travail, parce que nous en avons la plus grande part. Lorsque nous avons mis le programme sur pied, nous avons compris que les responsabilités et celles du directeur médical, Keith Hildahl, prenaient de plus en plus le pas sur les deux autres, et nous avons jugé qu'il était tout à fait indiqué d'organiser une admission centralisée, parce que tout le monde communiquait déjà, si l'on peut dire. Je dois dire que, dans le Programme de santé mentale pour enfants et adolescents, nous communiquons probablement plus que dans le système des adultes, parce que les enfants arrivent avec tout ce bagage. On ne peut pas faire autrement que de parler aux autres. Nous avons déjà créé un petit groupe de triage, et nous savions que nous avions beaucoup d'enfants en commun, et il n'a pas été difficile de vendre l'idée d'un service d'admission centralisé. Nous fonctionnons assez bien ensemble.

Je crois que ce qui s'est passé, c'est qu'il a fallu convaincre des médecins de déléguer une partie de leurs pouvoirs de contrôle sur la fonction de surveillance. J'aimerais ajouter que c'est ici que j'utilise cette expression. Je ne crois pas que j'aurais utilisé ce type d'expression lorsque nous avons commencé tout cela.

Le président : Je suis convaincu que vous ne l'auriez pas utilisée; ce n'est pas très séduisant.

Mme Synyshyn : Ça dépend de mon humeur, ce jour-là. Ça dépend de la mesure dans laquelle ils collaboraient, et ainsi de suite. Je crois que ce qui s'est passé, c'est que les médecins ont fini par constater, dès qu'ils n'ont plus eu à répondre aux appels téléphoniques et à dire « non », ou encore à composer avec des personnes, ils ont constaté qu'ils leur était beaucoup plus facile de faire ce qu'ils devaient faire, c'est-à-dire offrir des traitements et fournir des services.

C'est pourquoi il n'a pas été vraiment difficile de vendre l'idée. Il reste encore beaucoup de choses à régler en ce qui concerne l'échange d'information, notamment, même si nous sommes chargés de toute l'administration des informations du programme. Il y a encore des points de friction, parce que les hôpitaux universitaires semblent considérer qu'ils ont un rôle très spécial à jouer, et nous essayons de respecter ce rôle, mais ça n'a pas toujours été facile, même si ça n'a pas été aussi difficile que je le pensais. Je crois que nous faisons déjà une partie de ce travail, et notre système est assez facile à gérer, de par sa taille, pour nous permettre de le faire. De ce côté-là, nous avons eu de la chance. Il faut rappeler que cela se passe à Winnipeg, non pas à Toronto ou à ailleurs, et c'est pourquoi c'est beaucoup plus facile.

Il existe des systèmes centralisés d'admission en Alberta. Pendant le projet WCWL, nous avons pu nous familiariser avec ces systèmes, même si leur fonctionnement est assez différent du nôtre. Je crois que notre modèle est probablement le meilleur modèle qui soit dans l'ouest du Canada.

The Chairman: It is the best that we have heard of.

How do you link to the primary care system, in the sense that you are in Manitoba? It is not true in Ontario, but it is true in Quebec, it is true in Alberta, it is true in B.C. and it is true here. You have moved to or are moving toward multi-disciplinary primary clinics. As I say, it is not happening in Ontario at all, but everywhere else it is. What is the linkage? If someone walks into a doctor's office, a primary care clinic, and the doctor detects a problem, or the nurse, or the nurse practitioner, whoever, do they have a tendency to treat that person in their multi-disciplinary practice, or do they first refer to the central gatekeeper, who then decides where they go?

Ms. Synyshyn: I think it depends on whether they feel competent to manage the issue. If they know that they have some support, if they have within their health facility some mental health support within that facility, they may decide to handle it to a certain degree, because they know that if they run into a jam, they can talk to the person whose expertise is mental health. That is what I think is the determining factor. We get lots of referrals directly from pediatricians because they see an issue, and they are really not sure what it is that they need to do about it. They do not really have access to anyone with mental health expertise.

We have done up these printed cards for our centralized intake, and we have covered the Winnipeg region with them — pediatricians, GPs, schools, guidance counsellors — they are all over the place, so there is a fair bit of knowledge, from our perspective anyway, about centralized intake. However, it depends on whether or not they feel competent, or if they know whether they have somebody to call or fall back on, they might handle it for a while and, if it gets to the point where they feel they have sort of maxed out, then they will call us.

The Chairman: What do you do when the service that someone needs is not available? You were very careful to say that you deal only in the health care system, and that you do not deal with schools, you do not deal with prisons.

Ms. Synyshyn: We deal with schools, but not in the way —

The Chairman: Right. But what do you do with the child, you know, a 14 year old for whom some element of clinical counselling would deal with their problem? Do you pay for the psychologist, or do they have to wait and see a psychiatrist? I am interested to know what happens, because so many so-called mental health services are not delivered by health departments, or funded by health departments. How do you deal with that?

Le président : C'est le meilleur modèle dont nous ayons entendu parler.

Comment reliez-vous tout cela au système de soins primaires, avec ce qui se passe au Manitoba? Ça n'est pas vrai en Ontario, mais c'est vrai au Québec, en Alberta, en Colombie-Britannique et ici aussi. Vous avez mis sur pied, ou vous êtes en train de mettre sur pied des cliniques de soins primaires multidisciplinaires. Comme je l'ai déjà dit, ça ne se passe pas comme ça en Ontario, au contraire, mais ça se passe comme ça partout ailleurs. Comment est-ce que tout ça est relié? Si une personne se présente au cabinet du médecin, à une clinique de soins primaires, et que le médecin détecte un problème, ou l'infirmière, ou l'infirmière praticienne, peu importe, est-ce qu'ils vont avoir tendance à traiter cette personne dans leur clinique multidisciplinaire ou vont-ils la référer à un service de surveillance central, qui décidera, ensuite, où le patient doit être référé?

Mme Synyshyn : Je crois que ça dépend s'ils jugent qu'ils ont les compétences nécessaires pour prendre le cas en charge. S'ils savent qu'ils peuvent obtenir du soutien, si, dans leur clinique de santé, il y a un service de soutien en santé mentale, ils pourront décider de prendre le cas en charge, jusqu'à un certain point, parce qu'ils savent que si, à un moment donné, un blocage survient, ils pourront parler à un expert en santé mentale. À mon avis, c'est le facteur déterminant. Nous recevons beaucoup de cas référés directement par des pédiatres qui croient qu'il y a un problème et qui ne savent pas de façon certaine ce qu'ils doivent en faire. Ils n'ont pas vraiment de lien avec des experts en santé mentale.

Nous avons produit ces cartes imprimées pour présenter notre service centralisé d'admission; nous en avons inondé la région de Winnipeg — les pédiatres, les généralistes, les écoles, les conseillers d'orientation — il y en a partout et, à notre avis, du moins, le service d'admission centralisé est assez bien connu. Quoi qu'il en soit, ça dépend s'ils se jugent compétents ou s'ils connaissent quelqu'un qu'ils peuvent appeler ou sur qui ils peuvent compter, et ils peuvent en prendre soin pendant un certain temps, jusqu'à ce qu'ils se sentent dépassés, et alors ils nous appellent.

Le président : Que faites-vous quand le service dont une personne a besoin n'est pas accessible? Vous avez pris la peine de préciser que vous faites affaire seulement avec le système de santé et que vous ne traitiez ni avec les écoles, ni avec les prisons.

Mme Synyshyn : Nous avons des échanges avec les écoles, mais pas de la manière...

Le président : C'est vrai. Mais que faites-vous avec un enfant, vous savez, un enfant de 14 ans qui aurait besoin d'un peu de conseils cliniques pour régler son problème? Est-ce que vous payez les services d'un psychologue, ou est-ce qu'il doit attendre et voir un psychiatre? J'aimerais savoir comment ça se passe, parce que il y a tant de prétendus services en santé mentale qui sont prodigués à l'extérieur des services de santé et ne sont pas financés par les services de santé. Que faites-vous dans ces cas-là?

Ms. Synyshyn: Within our program, any services or any clinicians that we have are not fee-for-service. The doctors in the teaching hospitals are fee-for-service, but we have mental health clinicians within our region who provide a majority of the service.

The Chairman: They are called mental health clinicians but they are not necessarily such, because somewhere in here you describe some of them as perhaps being psychologists or social workers. They are not trained “in a health profession”?

Ms. Synyshyn: Our mental health clinicians are all professionals. They are either social workers who have —

The Chairman: But a social worker is not typically what one calls a “health professional,” that is all I am saying.

Ms. Synyshyn: I suppose we could argue that point.

The Chairman: Anyway, you cover the cost, even if the services are not provided by a doctor or nurse?

Ms. Synyshyn: For sure, yes. I mean, there were — I forgot how many we saw last year — 8,000, 10,000 kids. The majority of those kids did not necessarily see physicians; they saw mental health clinicians or other professionals who delivered the service.

The Chairman: What happens when someone turns 19?

Ms. Synyshyn: Much of the time, we will follow them, but that is the other really big problem, the transition between child and adolescent, because a lot of times with the child and adolescent system, they are covered. For example, kids are enveloped for many services, not only from the mental health system or from the health system, but from other areas as well. When they turn 18, it is like they fall off a cliff.

The Chairman: That is why I asked the question.

Ms. Synyshyn: Yes, and they do.

Senator Gill: Ms. Huffam, have you ever made a chart with regard to your son? I am saying that because I was very much involved in education, and as you know, of course, there are some good teachers, some good educators, and some not so good. Whatever, they always analysed the kids and they put that chart in the file. The child is carrying his file. How do you see that stigma? The child has been carrying that file, and it is not always true? That is what I mean. Sometimes, it is too bad, but kids are creating something which is not true based on their behaviour. That is why I am asking you, have you ever made a new start, you know, just forget about the file?

Ms. Huffam: Manitoba was a new start. When we were in the Northwest Territories, because Yellowknife is so small, we actually went from one school to another, and were treated fine until all of a sudden one of them, one of the teachers clearly

Mme Synyshyn : Dans notre Programme, les services et les cliniciens ne sont pas rémunérés à l'acte. Dans les hôpitaux universitaires, les médecins sont rémunérés à l'acte, mais dans notre région, nous disposons de cliniciens en santé mentale, et ils fournissent la plus grande partie des services.

Le président : On les appelle « cliniciens en santé mentale », mais ce n'est pas nécessairement le cas, parce que vous les décrivez, quelque part ici, comme peut-être des psychologues ou des travailleurs sociaux. Ils n'ont pas reçu une formation médicale?

Mme Synyshyn : Nos cliniciens en santé mentale sont tous des professionnels. Ils sont soit des travailleurs sociaux qui ont...

Le président : Mais en général on n'appelle pas un travailleur social un « professionnel de la santé », c'est tout ce que je voulais dire.

Mme Synyshyn : En effet, je suppose que c'est vrai.

Le président : Quoi qu'il en soit, vous assumez des coûts, même si les services ne sont pas fournis par un médecin ou une infirmière?

Mme Synyshyn : Oui, bien sûr. Je veux dire qu'il y a eu — je ne sais pas combien nous en avons vu, l'année passée — 8 000 ou 10 000 enfants. La plupart de ces enfants n'ont pas nécessairement besoin de voir un médecin; ils ont vu des cliniciens en santé mentale ou d'autres professionnels qui leur ont fourni un service.

Le président : Qu'arrive-t-il quand l'enfant atteint l'âge de 19 ans?

Mme Synyshyn : La plupart du temps, nous allons continuer de le suivre, mais c'est l'autre gros problème, la transition entre l'enfance et l'adolescence, parce que, souvent, les enfants et les adolescents sont couverts par le système. Par exemple, les enfants sont pris en charge par de nombreux services, pas seulement en santé mentale ou en santé, mais dans d'autres domaines aussi. Lorsqu'ils ont 18 ans, c'est comme s'ils tombaient d'une falaise.

Le président : C'est pour cela que je pose la question.

Mme Synyshyn : C'est vraiment comme cela, oui.

Le sénateur Gill : Madame Huffam, avez-vous déjà fait un graphique pour votre fils? Si je dis cela, c'est que j'ai été très engagé dans les milieux de l'éducation, et comme vous le savez, évidemment, il y a de bons professeurs et de bons éducateurs, mais il y en a aussi de moins bons. De toute façon, ils analysent toujours les enfants et ils placent le graphique dans son dossier. Et l'enfant doit vivre avec ce dossier. Comment envisagez-vous ce boulet? L'enfant doit vivre avec son dossier, et son dossier ne dit pas toujours la vérité? C'est ce que je veux dire. Parfois, et c'est bien malheureux, les enfants créent quelque chose qui n'est pas vrai à cause de leur comportement. C'est pourquoi je vous demande si vous avez déjà décidé de prendre un nouveau départ, vous savez, et de simplement oublier le dossier?

Mme Huffam : Le Manitoba, c'était un nouveau départ. Quand nous étions dans les Territoires du Nord-Ouest, parce que Yellowknife est une si petite ville, nous allions d'une école à une autre, et tout allait bien jusqu'à ce que, tout d'un coup, dans

decided to call the previous school and speak to someone who believed that we were abusive parents, and then everything changed from there. We requested our official file to correct any type of perception, because that is what we understood was going on, and there was nothing in the file. It was just clearly talk.

The Chairman: As a matter of curiosity, did your son get better treatment when they thought you were abusive parents than when they did not?

Ms. Huffman: No.

The Chairman: I just thought maybe it kicked them into a different system.

Ms. Symyshyn: can you finish off? They get to 18 and they fall off a cliff, to use your word. What happens next?

Ms. Synyshyn: It depends. There are certain populations of kids with autism spectrum disorder, eating disorders, psychoses, or major mental illnesses, and that kind of thing, where you know that this is not something that will just stop at 18. Some things are reactive. You put in treatment items, you do some things and people are okay for a while. However, it has always been a struggle. We struggle with it all the time. Sometimes we carry these kids into their twenties, because there is not any alternative. Sometimes what happens is that you try and develop a plan, when you know that this individual will need some support in the rest of the system for quite a while. You start doing that in their mid-teens if they are part of your system. Sometimes you can have some successful transitions, but for the majority of them it is quite difficult because the adult system is a very different world; very different.

The Chairman: As scary as that is, let me tell you, in both Ontario and Nova Scotia, we have had evidence that there the children's mental health system applies to 16 and under, and the adult system applies to 19 and over, and if you are 17 and 18, you are not covered at all.

Ms. Synyshyn: We will cover them until 18. We did not believe it, either.

The Chairman: What happens is that if you are 17, you are not allowed to be treated by the children's system, and none of the even rudimentary programs available for adults are available for you. We had a case in Halifax of someone telling us that they kept the child, believe it or not, a 17 year old, in the Children's Hospital in Halifax, occupying a \$1,400 a day bed for two years, because he was not eligible for community housing, he had nowhere to go and he wasn't sick. He was mentally ill, but he did not need a hospital bed. I was just curious, because we have been stunned by the inability of the system —

l'une des écoles, un des professeurs a décidé, c'était évident, de téléphoner à l'ancienne école et de parler à quelqu'un qui croyait que nous étions des parents violents, et à partir de ce moment-là, tout a changé. Nous avons demandé notre dossier officiel pour corriger les erreurs de perception, parce que nous pensions que c'était ça, le problème, mais il n'y avait rien dans le dossier. C'était seulement des mots, de toute évidence.

Le président : Excusez-moi si je suis curieux, mais j'aimerais savoir s'ils traitaient mieux votre fils lorsqu'ils pensaient que vous étiez des parents violents qu'auparavant?

Mme Huffam : Non.

Le président : Je pensais tout simplement que, peut-être, ils devaient passer à un autre système.

Madame Symyshyn, voudriez-vous terminer? Lorsqu'ils ont 18 ans, ils tombent d'une falaise, comme vous le dites. Que se passe-t-il ensuite?

Mme Synyshyn : Ça dépend. Certaines populations d'enfants présentent des troubles du spectre autistique, des troubles alimentaires, des psychoses ou des maladies mentales graves, entre autres choses, et vous savez que ce type de problème ne disparaît pas tout simplement à l'âge de 18 ans. Il y a des choses qui provoquent des réactions. Vous proposez des éléments de traitement, vous faites certaines choses, et la personne va bien pendant un certain temps. Mais ça a toujours été un combat. C'est un combat de tous les jours. Nous accompagnons parfois ces enfants jusque dans la vingtaine, parce qu'il n'y a pas d'autres solutions. Il peut arriver, parfois, que l'on prépare un plan, par exemple si on sait que la personne aura besoin de soutien d'autres secteurs du système pendant un bon bout de temps. Si l'enfant fait partie du système, on commence à le faire au milieu de l'adolescence. La transition réussit, parfois, mais dans la plupart des cas, c'est assez difficile parce que le système des adultes est un monde très différent, un tout autre monde.

Le président : C'est déjà effrayant, mais laissez-moi vous dire qu'en Ontario et en Nouvelle-Écosse, nous savons de source sûre que le système de santé mentale s'applique aux enfants de 16 ans et moins, et que le système des adultes s'applique aux gens de 19 ans et plus et que les personnes de 17 ou 18 ans ne sont pas couverts du tout.

Mme Synyshyn : Chez nous, ils sont couverts jusqu'à 18 ans. Nous n'en avons pas cru nos oreilles, nous non plus.

Le président : Ce qui arrive, c'est que les jeunes de 17 ans n'ont pas le droit d'utiliser le système qui s'adresse aux enfants et qu'aucun des programmes offerts aux adultes, même les programmes les plus rudimentaires, ne leur est accessible. On nous a déjà dit, à Halifax, qu'un enfant de 17 ans, croyez-le ou non, avait été placé au Children's Hospital de Halifax, où il a occupé un lit à 1 400 \$ par jour, pendant deux ans, parce qu'il n'avait pas droit au logement communautaire, qu'il n'avait nulle part où aller et qu'il n'était pas malade. Il avait une maladie mentale, mais il n'avait pas besoin d'un lit d'hôpital. Je suis tout à simplement curieux, parce que nous avons été sidérés par l'incapacité du système...

Ms. Synyshyn: Again, some Child and Family Services things I know about stop at around 16.

The Chairman: But there, everything stops at 16.

Ms. Synyshyn: No, we have been fortunate.

The Chairman: That is just —

Ms. Synyshyn: We have been fortunate, because we will carry them until 18, and we will take kids into our system who are almost 18 as well, and we will try to bridge them into the adult system, if that is what they need. Again, we have been fortunate with that, that somebody had enough foresight to make that apply up until 18. You are right; there is this big pit.

Senator Pépin: What about medication, though? We heard, depending on which province we were in, that there was some medication which is not paid for. In the case of autism and other illnesses, it could be very important if the family is hardly able to afford to pay for the psychiatrist, let alone the medication.

Ms. Synyshyn: The pharmacare system here is actually quite decent around a lot of those things, but with some of the newer psychiatric medications, particularly clozapine and a number of others, we have an arrangement with the pharmaceutical companies. The patients who use these medications are followed quite closely, so you can get sort of special consideration around some of those medications.

The Chairman: I want to thank you both for appearing here today. We appreciate your taking the time.

Senators, our next witness is Irene Linklater, who is with the Assembly of Manitoba Chiefs. Appearing with her is Dr. Javier Mignone, a research associate with the Centre for Aboriginal Health Research at the University of Manitoba. Thank you both for coming.

Ms. Irene Linklater, Research Director, Research and Policy Development Unit, Assembly of Manitoba Chiefs: On behalf of the Assembly of Manitoba Chiefs, in particular the Research and Policy Department, we are pleased to be here to make a presentation to the Senate committee on mental health, mental illness and addictions.

I would like to identify to you that the presentation focus will be on six key areas that we will seek to address, and that is within the scope of mental health services of the First Nations of Manitoba.

We would like to address the selected demographics with respect to population health approach. We will be looking at three of the contexts with respect to inter-jurisdictional policy complications, financial and policy barriers, current programming in place, and also looking at cultural importance and competence. To conclude, I will look at the recommendations from a

Mme Synyshyn : Encore une fois, je sais que certains des services à l'enfance et à la famille ne sont plus offerts après 16 ans.

Le président : Mais dans ce cas-là, tout cesse après 16 ans.

Mme Synyshyn : Non, nous avons eu de la chance.

Le président : C'est tout simplement ...

Mme Synyshyn : Nous avons eu de la chance, parce que nous pouvons nous en occuper jusqu'à ce qu'ils aient 18 ans, et notre système prend aussi en charge les enfants qui ont presque 18 ans, et nous essayons d'assurer leur transition vers le système des adultes, s'ils en ont besoin. Encore une fois, nous avons eu de la chance parce que quelqu'un a été assez prévoyant pour faire en sorte que ça s'applique jusqu'à 18 ans. Vous avez raison, il y a un fossé énorme.

Le sénateur Pépin : Et pour les médicaments, comment ça se passe? On nous a dit, dans les provinces où nous étions, que certains médicaments n'étaient pas assurés. En ce qui concerne l'autisme et d'autres maladies, c'est un problème important pour une famille qui a de la difficulté à payer les services d'un psychiatre et qui doit en plus payer les médicaments.

Mme Synyshyn : Notre système d'assurance-médicaments est assez bien fait, en réalité, pour la plupart des cas, mais il y a de nouveaux médicaments psychiatriques, je pense en particulier à la clozapine et à plusieurs autres, et nous avons conclu une entente avec les sociétés pharmaceutiques. Les patients qui utilisent ces médicaments sont suivis d'assez près, donc, pour certains de ces médicaments, on a droit à un traitement spécial.

Le président : Merci, à toutes les deux, d'être venues ici aujourd'hui. Merci d'avoir bien voulu nous consacrer de votre temps.

Sénateurs, notre prochain témoin est Irene Linklater, qui représente l'Assemblée des chefs du Manitoba. Elle est accompagnée du Dr Javier Mignone, chercheur associé au Centre de recherche sur la santé des Autochtones de l'Université du Manitoba. Merci à tous les deux d'être venus.

Mme Irene Linklater, directrice de recherche, Unité de recherche et d'élaboration des politiques, Assemblée des chefs du Manitoba : J'aimerais vous dire, au nom de l'Assemblée des chefs du Manitoba et en particulier du secteur des recherches et des politiques, que nous sommes heureux d'être ici aujourd'hui afin de présenter un exposé devant le Comité sénatorial sur la santé mentale, les maladies mentales et les toxicomanies.

J'aimerais souligner tout d'abord que notre exposé porte sur six questions clés que nous tentons de résoudre et qui concernent toutes les services en santé mentale des Premières nations du Manitoba.

J'aimerais parler de certaines données démographiques et de l'approche de la santé de la population. Nous allons parler de trois cadres qui concernent les problèmes stratégiques liés au chevauchement des compétences, les obstacles financiers et politiques et les programmes actuellement en vigueur, et nous allons aussi parler des compétences en matière culturelle et de

collaborative based approach specific to the five questions raised in the options interim report.

I would like to thank the committee for the invitation to present on behalf of the Assembly of Manitoba Chiefs today on mental health issues facing First Nations of Manitoba, in particular on the urgent need to address the high rates of suicide, family violence, psychiatric illnesses, substance misuse, to name just a few. In light of this interim report that focuses specifically on looking at mental health, mental illness and addiction options for Canada, and speaks to the development of mental health and addictions treatment systems on two key characteristics, as you note, the patient centered and focused on recovery, and speaking to a seamless system in support services that are accessible, high quality, and well coordinated. Thus that is what we are seeking to present here in looking at First Nations mental health policies, programs and service delivery within the broader context.

I am actually looking at the page called "Overview and Brief." The presentation is being presented within a broad context of provincial and federal health care systems, and how it impacts on First Nations in particular. Then I will look at the scope of the mental health issues, first of all.

First Nations people have long been involved with issues that affect their mental health, with the introduction of the reserve system, residential schools and child welfare, and institutions — that is institutions of thought and philosophy and theories with respect to mental health, as well as institutional buildings or structures, which is what I am referring to when I say "institutions." Many First Nations people suffer from anxieties, phobias, post-traumatic stress disorder, and all addictions within the sphere of health. I am not focusing on a health-specific scientific presentation here. I am speaking more from an advocacy, political, legal, social justice approach to looking at mental health requirements of First Nations people in Manitoba.

A majority of the First Nations people need long-term assistance to address the oppression felt for the last few hundred years. Our elders refer to this as unresolved grief that impinges on our First Nations' rights to self-determination, addictions to prescription drugs, street drugs, alcohol, solvents, that have been plaguing First Nations' communities for a number of years. These addictions stem from oppressive policies as well, enforced upon First Nations people.

l'importance de la culture. Pour finir, je parlerai des recommandations en prenant appui sur une approche de concertation et je parlerai plus spécifiquement des cinq questions soulevées dans le rapport provisoire sur les options.

J'aimerais remercier les membres du comité qui nous ont invités à présenter, au nom de l'Assemblée des chefs du Manitoba, un exposé, aujourd'hui, sur les questions de santé mentale qui touchent les Premières nations du Manitoba, et en particulier des mesures urgentes qu'il faut prendre pour lutter contre les taux élevés de suicide, la violence familiale, les maladies psychiatriques, les toxicomanies, et j'en passe. À la lumière du rapport provisoire, qui traite des options spécifiques en matière de santé mentale, de maladie mentale et de toxicomanie, au Canada et qui propose une structure de traitement des maladies mentales et des toxicomanies en s'appuyant sur deux caractéristiques clés, comme vous le voyez, une structure centrée sur le patient et axée sur le rétablissement, et qui propose un système continu de services de soutien accessibles, de qualité supérieure et bien coordonné. C'est donc ce que nous allons tenter de vous présenter en parlant dans un contexte général des politiques en santé mentale et de l'exécution des programmes et des services qui s'adressent aux Premières nations.

J'ai devant moi une page qui a pour titre « Aperçu et mémoire ». L'exposé a pour cadre général les systèmes de santé du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et leurs répercussions particulières sur les Premières nations. Ensuite, pour commencer, je parlerai de l'éventail des problèmes liés à la santé mentale.

Les peuples des Premières nations se trouvent depuis longtemps dans des situations qui affectent leur santé mentale, et je parle de la création du système des réserves, des pensionnats, de l'aide sociale à l'enfance et des institutions — c'est-à-dire la pensée, la philosophie et les théories sur la santé mentale érigées en institution aussi bien que des structures et des édifices institutionnels proprement dits, je parle de tout cela quand je parle des « institutions ». Les membres des Premières nations sont nombreux à souffrir d'anxiété, de diverses phobies, du syndrome du stress post-traumatique et de tous les problèmes d'accoutumance qui ont un lien avec la santé. Je ne veux pas parler des aspects strictement scientifiques de la santé. Je parle plutôt des approches politiques et juridiques, de la défense des droits et de la justice sociale au regard des besoins en santé mentale des peuples des Premières nations du Manitoba.

La plupart des peuples des Premières nations ont besoin d'une aide à long terme pour se dégager du sentiment d'oppression qu'ils ressentent depuis quelques centaines d'années. Nos Aînés appellent cela un « grief non résolu » et disent qu'il a une incidence sur le droit des Premières nations à l'autodétermination, sur l'accoutumance aux médicaments d'ordonnance ou à la drogue vendue dans la rue, à l'alcool ou aux solvants, qui sont des fléaux pour les collectivités des Premières nations depuis plusieurs années. La toxicomanie est aussi une conséquence des politiques d'oppression imposées aux peuples des Premières nations.

Many First Nations communities suffer from poor housing, poverty, lack of employment, relocation, residential school experiences, intergenerational impacts, and of course the child welfare policies. Dealing with these issues every day causes stresses and takes a toll upon the individual, his and her family and the community. In turn, the responsibility is then a burden upon the leadership in that community which does not have the resources to address it.

In addition, these stresses are usually symptoms created by the pain of child abuse, neglect and other physically, mentally, emotionally, and spiritually damaging effects that First Nations have been exposed to. Those who have tried to live a drug/alcohol-free lifestyle struggle with a despair due to lack of supportive systems. Others struggle with identity issues and tend to fall back on addictions.

It is clear that comprehensive, coordinated and culturally appropriate approaches are required to fight this modern plague of emotional and spiritual illness and rebalance our lives through taking a holistic approach, and beginning the healing of First Nations individuals, families and communities.

I would like to refer to a quote that was taken from the Aboriginal Healing Foundation report, which says:

Throughout the history of First Nations peoples, the definition of health evolved around the whole being of each person, the physical, emotional, mental, and spiritual aspects of a person being in balance and harmony with each other, as well as with the environment and other beings. This has clashed with the Western medical model which, until very recently, has perpetuated the concept of health as being the absence of disease.

I will skip through some of the demographics here and just highlight some of the population health approaches. Here in Manitoba there are 115,000 First Nations people, with 56 per cent of that population being on reserves. The population is geographically dispersed across the wide area of the province, and of the 64 First Nations communities, 23 are classified as remote or isolated communities with restricted, fly-in access. Of course, that then touches on having access to physicians and a limited access to provincial health care systems, and also the in-migration and the continuous mobility between on and off reserve First Nations communities.

The life expectancy rates are eight years less than the average Canadian, even though there have been some improvements in the past years. The leading cause of death and injury is poisoning, circulatory diseases, cancer, respiratory diseases, with suicide and

De nombreuses collectivités des Premières nations souffrent aussi de la mauvaise qualité de leurs logements, de la pauvreté, du manque d'emplois, des déménagements imposés, de l'expérience des pensionnats, des problèmes qui se répercutent de génération en génération et, évidemment, des politiques sur l'aide sociale à l'enfance. Nous devons lutter tous les jours contre ces problèmes, ce qui est une source de stress et d'usure pour les personnes, leur famille et la collectivité. Par ricochet, les responsabilités des leaders de la collectivité deviennent un fardeau, puisque les collectivités n'ont pas les ressources nécessaires pour y réagir.

De plus, le stress est habituellement un symptôme de la douleur liée à la violence faite aux enfants, à la négligence et à toutes les répercussions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles de tout ce qu'ont vécu les Premières nations. Les personnes qui essaient de vivre sans dépendance à l'alcool ou à la drogue tombent dans le désespoir parce qu'il n'y a pas de systèmes de soutien. D'autres ont de la difficulté à trouver leur identité et retombent dans la dépendance.

Il est clair qu'il faut adopter des approches globales, bien coordonnées et adaptées à la culture si l'on veut lutter contre cette épidémie moderne de maladies émotionnelles et spirituelles et retrouver l'équilibre dans notre vie, grâce à une approche holistique, et permettre aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières nations d'entamer le processus de guérison.

J'aimerais citer un rapport de la Fondation pour la guérison des Autochtones :

Tout au long de l'histoire des peuples des Premières nations, la santé était définie en fonction de la totalité de l'être d'une personne, c'est-à-dire les aspects physiques, émotionnels, mentaux et spirituels, qui devaient être équilibrés et en harmonie les uns avec les autres, ainsi qu'avec l'environnement et les autres créatures. Cette définition est entrée en conflit avec le modèle de la médecine occidentale selon lequel, jusqu'à tout récemment, le concept de santé était défini par l'absence de maladie.

Je vais passer par-dessus les données démographiques, maintenant, et je vais simplement mettre en relief quelques-unes des approches utilisées en santé de la population. Ici, au Manitoba, on compte 115 000 membres d'une Première nation, et 56 p. 100 de ceux-ci vivent dans une réserve. Sur le plan géographique, la population de la province est très dispersée; sur les 64 collectivités des Premières nations, 23 sont définies comme des collectivités éloignées ou isolées difficilement accessibles, sauf par la voie des airs. Évidemment, cela suppose aussi un problème d'accès aux médecins et un accès limité au système de santé de la province; cela concerne aussi la migration intérieure et les déplacements constants de l'intérieur à l'extérieur de la réserve et vice versa des collectivités des Premières nations.

L'espérance de vie est inférieure de huit ans à celle des autres Canadiens, malgré que la situation s'est un peu améliorée ces dernières années. Les principales causes de mortalité ou de morbidité sont l'empoisonnement, les maladies du système

self-injury leading the cause of death for youths and adults up to 44 years.

Looking at First Nations women, the First Nations women aged 10 to 14 years has a birth rate nine times higher than similar aged Canadian women.

Looking at economic and social implications, the Department of Indian Affairs spends 13 million on social assistance to every \$1.00 in economic development. The impact has been that Manitoba First Nations communities have at least one-third to one-half of the First Nations on-reserve population on income assistance, with a range of 24 to 88 per cent in some communities. That statistic was reached through the research that the AMC conducted on the power of conductivity of 2001.

I would like to return to the Aboriginal Justice Inquiry. Manitoba found that one of three Aboriginal women were abused by their partners, as opposed to the national figure of between one in ten and one in eight for Canadian women in 2001. The landmark report in 1989 stated that 84 per cent of those surveyed responded that family violence occurs in their communities and that 80 per cent of the respondents had personally experienced family violence.

The housing stock that does exist is more likely to have mold or drafty conditions, faulty construction and materials, and there is no other place to move to. That was a Cowichan tribe's report, but similar circumstances are to be found across Manitoba as well as in other regions.

The experience of what is considered homelessness and what we see as invisible homelessness is that by living in such crowded conditions, there is a constant moving of people and houses, and they are not found within the statistics; in other words, you do not see that reflected within a statistical framework. Lack of proper housing is associated also — and research studies confirm this — with lack of personal care, ill health, and lower longevity.

I know that our time is running short, so I will skip through some of the areas on which I wanted to focus and go quickly to the recommendations, which are very extensive, toward the back. I would like you to perhaps read in full the whole 18-page or 13-page report, because we are all aware that there are inter-jurisdictional policy context problems between provincial and federal departments with respect to the ambiguities and fragmentation of services and policies being drafted in an unintegrated manner.

We are hopeful with the announcement that you must have all heard today — it is not in my paper but there has been an accord signed on behalf of the First Nations through the Assembly of First Nations and with the Prime Minister — that there will be a collaborative development of policies from now on into the future. We hope that the same can be started at very early stages

circulatoire, le cancer et les maladies respiratoires; chez les jeunes et les adultes de 44 ans et moins, les principales causes de décès sont le suicide et l'automutilation.

Chez les Premières nations, le taux de natalité chez les femmes de 10 à 14 ans est neuf fois plus élevé que chez les autres Canadiennes du même âge.

Du côté des répercussions économiques et sociales, maintenant, le ministère des Affaires indiennes a consacré 13 millions de dollars à l'aide sociale pour chaque dollar consacré au développement économique. En conséquence, le tiers ou même la moitié des membres des Premières nations qui vivent sur une réserve et reçoivent des prestations d'aide sociale se trouvent dans une collectivité des Premières nations du Manitoba; la proportion est de 24 à 88 p. 100 selon les collectivités. Ces statistiques ont été recueillies dans le cadre des recherches sur le pouvoir de la conductivité menées en 2001 par l'Assemblée des Premières nations.

J'aimerais revenir sur la Commission d'enquête sur la justice autochtone. Selon les représentants du Manitoba, une Autochtone sur trois avait été violentée par son partenaire, alors qu'à l'échelle nationale, selon les données de 2001, c'était le cas d'une Canadienne sur huit ou sur dix. Selon le rapport de 1989, qui a fait date, 84 p. 100 des participants à l'enquête ont dit que la violence familiale était une réalité dans leur collectivité, et 80 p. 100 ont dit avoir vécu personnellement cette expérience.

Dans notre parc immobilier, les logements sont le plus souvent attaqués par la moisissure ou ouverts aux courants d'air; la construction ou les matériaux sont défectueux; et nous ne pouvons pas déménager ailleurs. Tout cela figurait dans un rapport de la tribu Cowichan, mais la situation est la même partout au Manitoba, et dans d'autres régions aussi.

Il y a aussi l'expérience de l'itinérance, ou ce qu'on appelle l'itinérance invisible, c'est-à-dire que les logements sont tellement surpeuplés qu'on passe constamment de l'un à l'autre, et cela ne se reflète pas dans les statistiques; autrement dit, il n'existe pas de cadre statistique qui reflète cette réalité. L'absence de logements adéquats est aussi associée — et les études le confirment — au manque d'hygiène, à la mauvaise santé et à une longévité réduite.

Je sais qu'il ne nous reste pas beaucoup de temps; alors, je vais passer rapidement sur les questions dont je voulais parler et je vais passer aux recommandations, qui sont très détaillées, à la fin. J'aimerais que vous lisiez en entier le rapport de 13 ou de 18 pages, parce que nous sommes tous au courant des problèmes liés au chevauchement des compétences entre les ministères provinciaux et fédéraux qui sont liés aux politiques ainsi qu'à l'ambiguïté et à la fragmentation des services et des politiques, dont l'élaboration ne se fait pas de manière intégrée.

Nous espérons que l'annonce que vous avez sûrement tous entendue aujourd'hui — ça ne figure pas dans mon document, mais un accord a été signé au nom des Premières nations par l'Assemblée des Premières nations et le premier ministre — signifie qu'à partir de maintenant et désormais, l'élaboration des politiques se fera de manière concertée. Nous espérons qu'il sera

in looking at new policies, program development, and service delivery with respect to mental health, mental illness, and addictions for First Nations people here in Manitoba as well.

In looking at the financial context, that deals with having the appropriate funds to ensure that it will not be a deficit reduction goal; there must be consideration for current and projected First Nations' health care needs, population growth, and the critical factor for community-based solutions to address our own ways of well-being that is respected, and can also be looked at as an integrative, collaborative partnership with institutions.

I have provided the First Nations and Inuit Health Branch, or FNIHB, Manitoba Region budget figures, just for information purposes, to illustrate that there are some areas of mental health that are minimally funded through the FNIHB, and there are complications with respect to how those are implemented through the bureaucracy or the department, as opposed to having a joint development with First Nations as to what the needs are. It is to be hoped that the health transfer policy review will seek to address those issues in greater detail in its recommendations.

That then touches on the program context with respect to the national evaluation as I have just mentioned, which is addressed at the start of page 7 in your package. There, the National Native Alcohol and Drug Addictions Program has not kept pace with the community needs, due to the expectations to intervene on family issues such as family violence, suicide attempts, individual crisis, to provide support and aftercare to those returning from treatment, and a community-wide support following tragedies. It is an epidemic, in my opinion, and it needs to be addressed. It has been expressed as such yesterday with respect to youth and the leadership on the multi-faceted needs of looking at community-based solutions, and that drug addictions have become more complex with harder drugs being used, and also with the influx of the gambling addictions that are not recognized within that treatment model, within the Brighter Futures Health Communities and the Building Healthy Communities Program of the FNIHB. I am speaking specifically of the First Nations and Inuit Health Branch, that tends to provide health services through a continuum ranging from promotion to prevention services. However, they do not incorporate within that plan a traditional healing process. That, for us First Nations people, must be a necessary part of planning for programs and services.

In exploring options, we also refer you to the finding of Adrian Gibbons, who produced a report for FNIHB entitled there, on your page 7. Dr. Gibbons addresses similar issues to what we are also expressing, that is accountability, issues of equity, sustainability of funding and, looking at the scope of transfer programs, that there must be an enrichment policy. Presently, the

possible de procéder de cette manière dès les premières étapes de l'examen des nouvelles politiques, de l'élaboration des programmes ou de l'exécution des services qui touchent la santé mentale, les maladies mentales et la toxicomanie et qui visent les peuples des Premières nations du Manitoba.

Il faut avoir un financement suffisant pour garantir qu'on ne cherchera pas en premier lieu à réduire un déficit; il faut tenir compte des besoins actuels et futurs en santé des Premières nations, de la croissance de la population et d'un facteur essentiel, le respect des solutions communautaires qui nous permettent de répondre à notre manière à la question du bien-être et, peut-être, à un partenariat fondé sur l'intégration et la collaboration avec les institutions.

J'ai fourni les chiffres du budget de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, la DGSPNI pour la région du Manitoba, à titre informatif, pour que l'on voie que certains aspects de la santé mentale ne sont financés que minimalement par cette Direction générale, et que la manière dont les services sont mis en œuvre par la bureaucratie ou par le Ministère vient compliquer les choses, alors qu'on aurait pu les élaborer ensemble, en fonction des besoins des Premières nations. Nous espérons que l'examen de la politique de Transfert de la santé débouchera sur des recommandations où ces questions seront examinées plus en détail.

Ce qui nous amène à la question du contexte du programme, c'est-à-dire de l'évaluation nationale dont je viens de parler, et dont on traite à la page 7 du document que vous avez en main. Si le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones n'a pas réussi à rester branché sur les besoins de la collectivité, c'est qu'on s'attendait à ce qu'il y ait des interventions visant des problèmes familiaux, par exemple la violence familiale, les tentatives de suicide, les personnes en situation de crise, et que l'on offrirait du soutien et des soins de suivi après un traitement et, aussi, qu'il y aurait un soutien communautaire après une tragédie. C'est une épidémie, à mon avis, et il faut s'y attaquer. C'est ainsi qu'on en a parlé, hier, quand il était question des jeunes et de la direction à prendre pour faire face aux multiples besoins et pour trouver des solutions communautaires, et le problème de la toxicomanie est de plus en plus complexe, on consomme des drogues plus dures, et à tout cela s'ajoute le problème du jeu pathologique, et qui n'a pas sa place dans ce modèle de traitement, ou dans les programmes Grandir ensemble ou Pour des collectivités en bonne santé de la DGSPNI. Je parle spécifiquement de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, qui, en général, fournit des services de santé s'inscrivant dans un continuum, de la promotion à la prévention. Toutefois, ce continuum n'a pas intégré le processus traditionnel de guérison. Et, pour nous, membres des Premières nations, ce processus doit nécessairement faire partie des plans relatifs aux programmes et aux services.

En explorant les diverses options, nous vous renvoyons aussi aux conclusions d'Adrian Gibbons, qui a produit un rapport pour la DGSPNI, vous en voyez le titre à la page 7. Mme Gibbons a étudié les questions qui nous tiennent à cœur, nous aussi, c'est-à-dire la responsabilisation, l'équité, le caractère permanent du financement et, en ce qui concerne l'ensemble des programmes

transfer health programs have no enrichment policy, which means that there is no incremental growth for expansion or complexity of needs with respect to the health transfer, and that it does not factor in the population growth and additional identified needs of the community that were not initially contemplated within the written context of those contribution agreements.

The integration issues also brings complexities for us, as Dr. Gibbons notes in her report. While the intention of integrated services for economies of scale, and so on and so forth, is a very good thing, and something of which we are also in support, we also have to be cautious about our communities where there are risks to integration. That is in respect to the jurisdictional issues. Sometimes integration, as she notes, can place greater demands on the resources of smaller communities with limited health planning and management capacity.

Then touching on the similar expression that she presents here on the capacity issues with respect to limited funding, which then brings with it the increased scope of management functions and increased funding required for education, training, and career partnerships.

In discussing new models of health service delivery, it is imperative that the requirements for human health resources are available to provide the care in all of the spheres. That was identified through the Romanow report and also through the Kirby report, restating, reinforcing the recommendations of the report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, that there must be an increase to the supply of professionals in all health care disciplines.

The cultural context is also very important, as I note at the beginning of my remarks. Much of the research tells us, the elders tell us, our teachings tell us, that a strong sense of self and strong cultural identity improves one's ability to cope with circumstances in our lives and we are more likely to be successful in adopting and sustaining healthy behaviours and healthy lifestyles.

In First Nations cultures — and here I am on page 9 — the family, the community traditionally provided support to the individual. The use of traditional healing methods is an essential option for the First Nation individual. The Aboriginal Healing Foundation has indicated in their 2004 report that First Nations people who become more connected to their culture tend to learn more and better coping mechanisms.

I am referring now to the start of page 10. In Manitoba, we have the Framework Agreement Initiative, which has been in progress for the past ten years, and we are hoping for its continuation as we speak, with respect to self-government negotiations representing the 63 First Nations. We have now come nearer to conclusions of agreements in principle on

de transfert, le fait qu'une politique de valorisation est nécessaire. À l'heure actuelle, les programmes de transfert en santé ne sont assortis d'aucune politique de valorisation, ce qui veut dire qu'il n'y a pas de possibilité de croissance progressive en vue de l'expansion ou en vue de répondre aux besoins plus complexes liés au Transfert en santé, et que l'on ne tient pas compte de la croissance de la population ou des besoins supplémentaires des collectivités, qui n'avaient pas été cernés au départ quand on a rédigé ces ententes de contribution.

La question de l'intégration est aussi un problème, pour nous, comme le signale Mme Gibbons dans son rapport. Même si l'intention d'intégrer les services pour réaliser des économies d'échelle, entre autres choses, était une très bonne idée et que nous l'avons aussi soutenue, nous devons aussi prendre des précautions parce que, pour certaines de nos collectivités, l'intégration représente un risque. Je parle ici des questions de compétence. Parfois, l'intégration, comme elle le fait remarquer, impose un fardeau plus lourd sur les ressources des petites collectivités qui ne disposent que de moyens limités en ce qui concerne la planification et la gestion des soins de santé.

Ensuite, elle dit la même chose, ici, en parlant des moyens limités associés à un financement limité, et en passant ensuite à la gamme plus étendue des fonctions de gestion et du financement supplémentaire nécessaire pour les partenariats en éducation, en formation et en planification de carrière.

Si l'on parle des nouveaux modèles de prestation des services en santé, il est impératif de répondre aux besoins en ressources humaines de la santé pour qu'il soit possible d'assurer les soins dans toutes les sphères. Cela a été affirmé dans le rapport Romanow et aussi dans le rapport Kirby où l'on a soutenu et reformulé les recommandations du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, en disant qu'il fallait augmenter l'effectif professionnel dans toutes les disciplines de la santé.

Le contexte culturel est lui aussi très important, comme je l'ai dit au début de mon exposé. La plupart des recherches, les Aînés et nos enseignements révèlent qu'une personne qui se sent forte et qui a un fort sentiment de son identité culturelle est mieux en mesure d'affronter la vie et qu'elle réussira plus souvent à adopter et à conserver un mode de vie et des comportements sains.

Dans les cultures des Premières nations — je suis à la page 9 — la famille et la collectivité, traditionnellement, soutiennent la personne. Le recours aux méthodes de guérison traditionnelles est une option centrale pour un membre des Premières nations. La Fondation pour la guérison des Autochtones a indiqué, dans son rapport de 2004, que les membres des Premières nations qui entretiennent des liens étroits avec leur culture ont tendance à apprendre un plus grand nombre de stratégies de réponse, et ces stratégies sont plus efficaces.

J'aimerais passer maintenant au début de la page 10. Au Manitoba, nous avons mis en œuvre l'entente cadre — cela fait maintenant dix ans qu'elle est appliquée, et nous espérons toujours qu'elle restera en vigueur pendant les négociations qui entourent l'autonomie gouvernementale, qui touchent 63 Premières nations. Nous sommes plus que jamais prêts à

education, Child and Family, and a comprehensive agreement that will address other issues. That is in contemplation also of a health self-government agreement, which made an appearance in the very early discussions but is not, in fact, on the table.

This focus has been on ensuring a community-based process reflective of diverse cultures, goals and histories of the First Nations peoples to build a coordinated, multi-nation government system in a modern government structure. The most important goal of the FAI, as we call it, is to provide First Nations with a voice in their governance institutions, both in theory, thought, culture and philosophy, and also the type of structures that need to be in place, which is inclusive of those powers, from meaningful consultations.

With that, we then turn to the recommendation that I have. Since my time has probably almost run out, there are those five recommendations, questions, to which I wanted to respond. Perhaps if I could just touch on a couple of them?

The Chairman: Go ahead and do all five.

Ms. Linklater: Do all five? Very well. The first question asks for the top priorities of the federal government — and I am looking here at the continuation of page 10 to the presentation — and that is: What should be the top priorities of the federal government in respect to delivering services on mental health services and addiction treatment to First Nations?

First, for us, First Nations, are the issues of multi-generational — and I think this is continuing on page 10 for you, the first question. It says “Recommendations” at the beginning.

Multi-generational impacts of colonization and assimilation have to be understood to be part of our history and how to begin the healing process. That has been identified through, the “Gathering Strength” document, the Residential School Foundation approach. We have made recommendations that there must be implementation of upstream investments into mental health programs and suicide prevention strategies that reflect a culturally relevant, holistic model of care.

Second, institute equitable compensation for survivors of residential schools and ongoing healing resources through the Aboriginal Healing Fund Foundation. Settlements of compensation to individuals does not end there with the healing process; it continues to the generations that are not directly impacted, as some might say, but to those that are affected. Those of us who went to those schools, such as myself, and those of us who are affected because our families were affected, in the broad family and community context, as well as in the context of being a nation.

conclure des ententes de principe en matière d'éducation, d'enfance et de famille, et une entente globale sur d'autres questions. Nous étudions aussi la possibilité de conclure une entente sur l'autonomie gouvernementale en matière de santé, dont on a parlé au tout début des discussions, mais qui n'est pas vraiment sur la table.

Notre objectif était de garantir qu'un processus communautaire reflétant les cultures, les histoires et les buts des peuples des Premières nations, permette la mise sur pied d'un système gouvernemental coordonné, fondé sur plusieurs nations, dans une structure gouvernementale moderne. L'objectif le plus important de l'entente cadre, la FAI, comme nous l'appelons, est de donner aux Premières nations voix au chapitre quand il est question de leurs institutions de gouvernance, et je parle de théorie, de réflexion, de culture et de philosophie, mais aussi le type de structures qu'il faudra mettre en place, et qui comprendront tous les pouvoirs, à partir de consultations fructueuses.

Cela dit, nous pouvons passer à la recommandation que je vais présenter. Je n'ai probablement plus de temps, et il y a cinq recommandations, et des questions, et j'aimerais pouvoir y répondre. Je peux peut-être en parler un peu?

Le président : Allez-y, présentez les cinq.

Mme Linklater : Les cinq? Très bien. La première question concerne les grandes priorités du gouvernement fédéral — c'est dans la suite de la page 10 de l'exposé — c'est-à-dire : quelles devraient être les principales priorités du gouvernement fédéral quand on parle des services en santé mentale et en traitement des toxicomanies qui s'adressent aux Premières nations?

Premièrement, pour nous, membres des Premières nations, il y a la question multigénérationnelle — et je crois que c'est dans la suite de la page 10, pour vous, la première question. On lit « Recommandations » au début.

On doit savoir que les répercussions de la colonisation et de l'assimilation sur l'ensemble des générations font partie de notre histoire pour entamer le processus de guérison. On l'a déterminé dans le document « Rassembler nos forces », l'approche de la Residential School Foundation. On a recommandé d'effectuer des investissements importants dans les programmes de santé mentale et les stratégies en matière de prévention du suicide qui correspondent à un modèle de soins holistique et adapté à la culture.

De plus, il faudrait offrir une compensation équitable aux victimes qui ont vécu dans les pensionnats, de même que des ressources curatives continues par l'entremise de la Fondation pour la guérison des Autochtones. Le versement d'une compensation aux victimes ne met pas un terme au processus de guérison; il continue pour les générations qui ne ressentent pas les répercussions directes, comme le diraient certaines personnes, mais qui sont tout de même touchées. Ceux d'entre nous qui sont allés dans ces écoles, comme moi-même, et ceux d'entre nous qui ont été affectés parce que des membres de notre famille ont été touchés, dans le vaste contexte familial et communautaire, de même que dans le contexte national.

Third, to incorporate emotional and spiritual care through ensuring access to traditional healers and ceremonies at every entry point into the mental health continuum. That is contained in a research paper that was done through Aboriginal Research Centre for Aboriginal Research. There is also some research that was done by Dr. Mignone and Professor John O'Neil, that also supports that recommendation.

Fourth, redefine and approach mental health services in a wellness framework as opposed to a deficit illness model that focuses on crisis management. A mental health promotion model will build the foundations to enhance the coping abilities and nurture self-esteem, self-respect, confidence of individuals, families, and communities to make healthy lifestyle decisions.

Fifth, improve the effectiveness and the financial sustainability of the health care system through better coordination, integration and access to financial resources geared to equitable outcomes.

Sixth, create a multi-entry point, well-coordinated and seamless mental health delivery framework that promises healthy lifestyles and prevents risky behaviours, addictions, self-harm and violence against others, and provides access to treatment services for those requiring such care. Redesign, establish and support ongoing professional infrastructure required to support any existing and new programs at the community and regional levels.

Next question — and most appropriate — we need structures and processes to ensure that First Nations have adequate input into the design of services. The First Nations must lead every step of the way in this Crown government and departmental partnership, as well as within academic institutions and other knowledgeable partners to look at redesigning and redefining the scope of the mental health continuum, both on and off reserve, with required linkages to other agencies and health programs. Together with government departments, academic institutions and employment agencies, First Nations must train sufficient numbers of community mental health workers, psychologists, social workers, to respond to the emotional needs of community members.

Third, establish community holistic councils with representatives from relevant health programs. We then had listed some examples, such as nursing, or from the nursing field, mental health therapists, Brighter Futures initiatives, building healthy communities, and NADAP workers, who are community based.

Looking now at the relationship within policing and justice services, and that also includes penal institutions. When we look at justice services, we are looking at a broad context of justice, not

Ensuite, on doit intégrer des soins émotionnels et spirituels en garantissant l'accès aux cérémonies et aux guérisseurs traditionnels à chaque point d'entrée du continuum de santé mentale. On trouve cette proposition dans un document de recherche réalisé par l'entremise du Centre de recherche sur la santé des Autochtones. Le Dr Mignone et M. John O'Neil ont également mené quelques recherches qui soutiennent cette recommandation.

On doit également redéfinir les services de santé mentale et en discuter dans un cadre sur le mieux-être, par opposition à un modèle axé sur les maladies et les déficits qui met l'accent sur la gestion de crises. Un modèle axé sur la promotion de la santé mentale servira de fondement pour accroître les capacités d'adaptation et soutenir l'estime et le respect de soi et le fait de faire confiance aux personnes, aux familles et aux collectivités pour prendre des décisions liées à un mode de vie sain.

Il faut aussi améliorer l'efficacité et la viabilité financière du système de soins de santé au moyen d'une meilleure coordination et intégration des ressources financières et d'un accès accru à ces ressources en vue d'obtenir des résultats équitables.

On doit créer un cadre de mise en œuvre en santé mentale bien coordonné, uniforme, qui offre des points d'entrée multiples, qui promet des modes de vie sains, qui prévient des comportements à risque, la dépendance, l'automutilation et la violence contre les autres et qui fournit un accès aux services de traitement pour les personnes qui ont besoin de tels soins. Il faut concevoir de nouveau, établir et soutenir une infrastructure professionnelle continue qui est nécessaire pour appuyer les programmes existants, de même que les nouveaux programmes, à l'échelle communautaire et régionale.

Question suivante — et la plus appropriée — nous avons besoin de structures et de processus pour veiller à ce que les Premières nations reçoivent une aide adéquate pour créer les services. Les Premières nations doivent ouvrir la voie à ce partenariat avec le gouvernement et le Ministère, de même qu'avec des établissements universitaires et d'autres partenaires avertis, pour examiner la nouvelle conception et définition de la portée du continuum de santé mentale, dans les réserves et hors réserve, en plus des liens requis avec d'autres organismes et programmes de santé. En collaboration avec les ministères, les établissements universitaires et les bureaux de placement, les Premières nations doivent former un nombre suffisant de travailleurs communautaires en santé mentale, de psychologues, de travailleurs sociaux, pour répondre aux besoins émotionnels des membres de la collectivité.

De plus, il faut créer des conseils communautaires holistiques formés de représentants provenant de programmes de santé pertinents. On a ensuite établi une listes d'exemples, comme les soins infirmiers, ou ce qui découle du domaine des soins infirmiers, les thérapeutes en santé mentale, les initiatives Grandir ensemble, le fait de bâtir des collectivités en santé et les intervenants du PLAADA, qui travaillent dans la collectivité.

On peut maintenant examiner la relation entre les services de police et les services de justice, qui comprennent également les pénitenciers. En examinant les services de justice, on examine un

only through the judicial process of the court system but at probation, penal institutions — that broad array. Those discussions are underway at our office. We have established a dialogue within the Manitoba region on those fronts at this moment. We are seeking — although it is not noted here in this report — an accord, or a political accord and service agreement discussions to pursue that initiative.

Fourth, collaboratively with the justice system, we recommend the development of community zero tolerance policies for the protection of children, women, men, and elders from emotional and physical violence.

Fifth, collaboratively with government health agencies, we recommend the development of culturally relevant and community-based strategies to respond to alcohol, smoking, substance and drug misuses.

Next question: How can the federal government organize itself to deliver those services most efficiently and effectively? We would request that the federal government open its policies and its processes and doors to ensure that First Nations are fully involved in the development of those initiatives that directly impact First Nations, with respect to, say, the processes that are currently only available to internal government departments.

With respect to the memorandum of cabinet and Treasury Board submission processes, we have had some unsuccessful experiences that I do not note in this report. Through our social policy development initiatives here in the Manitoba region, we have been very vigorously engaged, at the very top level, in looking at social policy changes, only to find that when we get down to the end submissions to cabinet, that those submissions were not reflective of the recommendations that were presented by First Nations. Thus there is a problem for us in that once that submission gets to a certain top level of the departmental review process, it gets distilled or refined so that our voice is not there. With the new accords that are being signed, I hope that that will change also within the process, because the submission must be reflective of the community's priorities and needs. There must be program flexibility and dual accountability between First Nations and governments. That is a really important and central element for us.

Second, integrated models of funding between federal agencies allowing for comprehensive programs and long-term sustainability of funding. We understand at this point in time that there is a new contribution model between First Nations Inuit Health Branch and Indian and Northern Affairs Canada that looks at block funding, multi-year arrangements. We are encouraged by that process. There are onerous accountability structures within that as well, and we feel that we can meet those responsibilities adequately.

vaste contexte de justice, pas seulement le processus judiciaire du système judiciaire, mais également la probation, les pénitenciers — tout ça. On mène actuellement des discussions à ce sujet à notre bureau. En ce moment, on a établi un dialogue à ce sujet dans la région du Manitoba. On cherche à mener — même si le présent rapport n'en fait pas mention — des discussions sur un accord, ou un accord politique, et une entente touchant la prestation de services pour promouvoir cette initiative.

Nous recommandons d'élaborer, en collaboration avec le système judiciaire, des politiques communautaires sur la tolérance zéro pour protéger les enfants, les femmes, les hommes et les aînés de la violence émotionnelle et physique.

Nous recommandons également d'élaborer, en collaboration avec des organismes de santé gouvernementaux, des stratégies axées sur la collectivité et adaptées à la culture pour réagir à l'alcoolisme, au tabagisme et à la toxicomanie.

Question suivante : comment le gouvernement fédéral s'organise-t-il pour offrir ces services de la façon la plus efficiente et efficace possible? Nous demandons au gouvernement fédéral d'ouvrir ses politiques, ses processus et ses portes pour veiller à ce que les Premières nations participent pleinement à l'élaboration de ces initiatives, qui touchent directement les Premières nations en ce qui concerne, disons, les processus actuellement accessibles uniquement aux ministères internes.

En ce qui concerne les processus concernant les mémoires au Cabinet et les présentations au Conseil du Trésor, on a vécu quelques expériences infructueuses dont je ne fais pas mention dans le présent rapport. En raison de nos initiatives sur l'élaboration de politiques sociales dans la région du Manitoba, nous nous sommes fermement engagés, au niveau le plus élevé, à examiner les modifications apportées aux politiques sociales pour se rendre compte que, lorsque nous en sommes à la présentation finale au Cabinet, ces présentations ne correspondent pas aux recommandations formulées par les Premières nations. Il existe donc un problème pour nous puisque, une fois que la présentation atteint l'un des échelons les plus élevés du processus d'examen ministériel, on la dilue ou on la précise de façon que nous ne la reconnaissons plus. J'espère que la signature des nouveaux accords changera la situation, de même que le processus, car la présentation doit correspondre aux priorités et aux besoins de la collectivité. Il doit y avoir une souplesse des programmes et une double reddition de compte entre les Premières nations et les gouvernements. Il s'agit d'un élément central et très important pour nous.

Deuxièmement, il faut mettre en place des modèles intégrés de financement entre les organismes fédéraux pour permettre un financement global des programmes et une viabilité à long terme. Actuellement, on sait qu'il existe un nouveau modèle de contribution entre la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et Affaires indiennes et du Nord Canada qui touche au financement global et aux ententes pluriannuelles. Ce processus nous encourage. Il existe également de lourdes structures de reddition de comptes, et on a l'impression qu'on peut assumer ces responsabilités de façon adéquate.

Third, needs-based funding formulas providing stable, predictable funding to facilitate financial planning. As I said to number 4 already, bilateral or double bilateral protocols, political administrative arrangements for health and social programs pertaining to First Nations, federal and provincial governments, looking at multi-year funding agreements.

Next question: Should the federal government offer financial incentives to encourage First Nations to train to become mental health workers? We say that in order to attract and encourage First Nations citizens into mental health specialties, it must be along the continuum of mental health workers to those specialised fields. It states here psychiatrists and maybe others. We say that it must be done through designing culturally reflective health education programs conducive to family and community realities and responsibilities of the First Nations students, developing partnerships between First Nations government and academic institutions, negotiating First Nations seat designation, and in order to address long admissions waiting-lists, the creation of additional bursaries and sponsorships, inclusive of sponsorship criteria.

Second, provide safe supportive work environments which offer a high standard of professional attainment. We also seek competitive recruitment and retention incentives.

Next, safe work environments, continuing education, lifelong learning, personal and professional isolation issues, jurisdictional challenges with respect to the mediation process, and wage parity between government and non-government health professionals. That is something that we need to address very particularly, with respect to what is classified as "expertise" when it comes to elders, for example, or the knowledge and teachings that our elders hold. They do not have the academic paper that says they have achieved a Ph.D., but in life they have comparable, extensive education and knowledge from which we can all learn.

The final question: Who should take the responsibility for the environmental scan to determine what programs exist and identify duplication among government departments and significant gaps in programming, and how best to maximize the effective use? As First Nations people, we have always been prepared, as identified within the self-government process and our working relationship politically, to look at collaborative approaches, integration of services, sharing of information, sharing of resources, a shared relationship to co-exist, but at the same time also require some respect for autonomy and exclusivity over certain areas of programming services and jurisdiction. Those are essentials to be considered.

Troisièmement, ça prend des modes de financement axés sur les besoins qui procurent un financement prévisible et stable pour faciliter la planification financière. Comme je l'ai déjà dit au numéro 4, il faut des protocoles bilatéraux ou doubles bilatéraux, des ententes administratives politiques pour les programmes sociaux et de santé touchant les Premières nations, mis en œuvre par les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral en ce qui a trait à des ententes de financement pluriannuelles.

Question suivante : le gouvernement fédéral devrait-il offrir des mesures incitatives financières pour encourager les Premières nations à suivre une formation pour devenir des intervenants en santé mentale? Afin d'attirer les citoyens des Premières nations vers des métiers spécialisés en santé mentale et de les encourager à le faire, il faut suivre le continuum des intervenants en santé mentale vers ces domaines spécialisés. Ici, c'est écrit des psychiatres et peut-être d'autres spécialistes. Pour y arriver, on doit créer des programmes d'éducation en matière de santé adaptés à la culture, aux réalités familiales et communautaires et aux responsabilités assumées par les étudiants des Premières nations, créer des partenariats entre le gouvernement des Premières nations et les universités, négocier le nombre de places attribuées aux Premières nations et, afin de régler les problèmes des longues listes d'attente liées à l'admission, créer des bourses et des programmes de parrainage supplémentaires, y compris les critères de parrainage.

De plus, il faut offrir des milieux de travail sûrs et positifs où on peut atteindre un rendement professionnel élevé. On souhaite également qu'il y ait un recrutement concurrentiel et des mesures incitatives pour le maintien de l'effectif.

Ensuite, il y a des milieux de travail sûrs, une formation continue, un apprentissage continu, des problèmes relatifs à l'isolement personnel et professionnel, des problèmes de compétence en ce qui concerne le processus de médiation et l'égalité salariale entre les professionnels de la santé, qui travaillent pour le gouvernement ou un autre organisme. On doit tenir compte de cet enjeu de façon très particulière en ce qui concerne ce que l'on caractérise comme une « expertise » chez les aînés, par exemple, c'est-à-dire les connaissances et les enseignements que nos aînés détiennent. Ils n'ont pas de doctorat, mais la vie leur a fait profiter d'une éducation poussée et d'un vaste savoir comparables à ceux des universitaires et qu'ils peuvent nous transmettre.

La dernière question : qui devrait assumer la responsabilité de l'analyse de la conjoncture pour déterminer les programmes existants et le double emploi entre les ministères, de même que les lacunes importantes dans les programmes, et de quelle façon peut-on maximiser l'utilisation efficace? En tant que peuple des Premières nations, on a toujours été préparé, comme le montrent le processus de l'autonomie gouvernementale et nos relations de travail politiques, à examiner des modèles de collaboration, l'intégration des services, l'échange de renseignements, le partage des ressources, une relation commune pour coexister, tout en ayant un certain respect pour l'autonomie et l'exclusivité concernant certains domaines des services relatifs aux programmes et de compétence. On doit absolument tenir compte de ces enjeux.

In Manitoba at the present time, we have a health committee. It is an inter-governmental committee on First Nations health. We used to call it the Romanow Working Group Committee, because it was established immediately after the Romanow report was issued, and the Kirby report also. We wanted to broaden the mandate to look at the RCAP recommendations, to look at our treaty relationship with the Crown, so that it is based on an array of those relationships over time and through history. We have had this process, and it is endorsed through the Assembly of Manitoba Chiefs and the Northern Chiefs Organization, Manitoba Keewatinook Okimakanak, and also the Southern Chiefs organizations as well.

Collectively, we have a process that has been ongoing for two years. It has been going very well. We are now running into complications. We have had our provincial, federal, Health Canada, Aboriginal and Northern Affairs, Manitoba Health, INAC, all contributing to this process; we have also had an environmental scan partnership with our partner from the University of Manitoba in this regard. We have had a health forum on looking at primary health care. We have had meetings on studying First Nations health human resources. We have engaged and we have begun relationships within our region. We have reports that we could share with the committee, once they are endorsed and approved.

Our senior official steering committee meeting of this body will be held next Thursday, June 9, after which we will be able to release those documents to you, to show you that a great deal of work has been done in the Manitoba region with respect to looking at collaboration, and seeking to examine integration and research partnerships.

There is a research report that gives an overview of the gaps in services and issues associated with the jurisdictions. Currently under way is a fiscal analysis of health services report, which is a two-part strategy, research being funded by the Department of Aboriginal and Northern Affairs and endorsed through this aforementioned committee. I will provide copies of those documents to you once they are released by that committee.

The First Nations continue to lobby for the continuation and support of this process, but as I mentioned, problems with identifying who will fund, should we continue for another year, is a very serious concern to us. We hope that the collective powers-that-be will come to an understanding and see that this is a very important initiative that needs to be continued. Mental health and the treatment of illnesses and addictions are, of course, part of the health planning strategies that we have at the Assembly of Manitoba Chiefs with respect to our ten-year strategy.

Actuellement, au Manitoba, nous avons un comité de la santé. Il s'agit d'un comité intergouvernemental sur la santé des Premières nations. Nous avons l'habitude de l'appeler le Comité du groupe de travail sur le rapport Romanow, car il a été créé immédiatement après la publication du rapport Romanow et également après le rapport Kirby. Nous voulions élargir le mandat pour examiner les recommandations de la CRPA et notre relation conventionnelle avec l'État afin qu'il se fonde sur un ensemble de ces relations entretenues au fil des ans et au cours de l'histoire. Nous avons ce processus, qui a été approuvé par l'Assemblée des chefs du Manitoba, la Northern Chiefs Organization, le Manitoba Keewatinook Okimakanak et également la Southern Chiefs organization.

Tous ensemble, nous avons entrepris un processus qui se poursuit depuis deux ans. Il se déroule très bien. Toutefois, nous rencontrons actuellement des problèmes. Les gouvernements provinciaux, le gouvernement fédéral, Santé Canada, Affaires autochtones et du Nord, le ministère de la Santé du Manitoba, AINC, tous contribuent à ce processus; nous avons également établi un partenariat concernant l'analyse de la conjoncture avec notre partenaire de l'Université du Manitoba à cet égard. Nous avons mené un groupe de discussion sur la santé à l'égard des soins de santé primaires. Nous avons tenu des réunions pour analyser les ressources humaines en santé chez les Premières nations. Nous avons établi et entretenu des relations dans notre région. Nous avons rédigé des rapports que nous pourrions communiquer au Comité une fois qu'ils seront approuvés.

Nous tiendrons notre prochaine réunion du comité directeur de hauts fonctionnaires de cet organisme le jeudi 9 juin; par la suite, nous serons en mesure de publier ces documents, de vous montrer que nous avons accompli un énorme travail dans la région du Manitoba en ce qui concerne l'examen de la collaboration, de l'intégration et des partenariats de recherche.

Il existe un rapport de recherche qui présente un aperçu des lacunes dans les services et des problèmes associés aux administrations. Actuellement, on effectue une analyse budgétaire du rapport sur les services de santé, qui est une stratégie en deux volets, puisque la recherche est financée par le ministère des Affaires autochtones et du Nord et approuvée par le comité nommé plus haut. Je vais vous faire parvenir des exemplaires de ces documents une fois que ce comité les aura publiés.

Les Premières nations continuent d'exercer des pressions pour poursuivre et soutenir ce processus, mais, comme je l'ai mentionné, on éprouve des problèmes pour savoir qui offrira du financement et si on doit continuer ou non pendant une autre année; ces problèmes nous préoccupent grandement. On espère que l'ensemble des autorités réussiront à s'entendre et verront qu'il s'agit d'une initiative très importante qui doit continuer. La santé mentale et le traitement des maladies et des dépendances font, bien entendu, partie des stratégies de planification en santé que l'Assemblée des chefs du Manitoba a mises de l'avant dans le cadre de sa stratégie de dix ans.

Before I finish my presentation, I want to make a reference to our research partnership. I will just refer you to the last page of that information sheet. For five years now, we have had a research partnership with the University of Manitoba and the Assembly of Manitoba Chiefs at the Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research, and a presentation will be made by Dr. Mignone very shortly. We have just completed an evaluation report on our five-year partnership. It has a vision to look at the research needs, with an evidence-based approach to looking at the development of policies, and also looking at traditional knowledge and the importance of engaging First Nations and a university research science approach together, towards building a more informed, more reflective approach to looking at program services and policies. I will just leave that with you. If it is possible for us to submit that report to you as you are concluding your research, we will also present that.

The Chairman: That would be helpful.

Ms. Linklater: Just to conclude on that, we will also be seeking funds for a multi-year funding arrangement. Our five-year funding is concluding on that one.

In conclusion, I wish to thank the Senate committee for pursuing their research, focusing on the very complex issues involved in the three topics that address us all, mental health, mental illness and addictions. We trust that you will take our recommendations forward. (Speaks in a foreign language) In other words, best wishes and thanks from Assembly of Manitoba Chiefs.

The Chairman: Thank you.

Dr. Mignone, the floor is yours.

Dr. Javier Mignone, Research Associate, Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba: Thank you for inviting us to be here. As Ms. Linklater has explained, our centre is a partnership. It is university based, but it is a partnership with the Assembly of Manitoba Chiefs. Given that Ms. Linklater's presentation was very comprehensive, and I obviously agree with what she has presented, I will try to use your third report as a springboard to some of the issues that I would like to raise.

One point is that you identify the issue of data, of epidemiological data on mental health. There is, of course, a lack of good data; we agree with that, and that is an important endeavour that has to be continued. A good example that is going on is the longitudinal regional health survey of First Nations, lead by NAHO. That survey is gathering data in a broader perspective, and this is what I wanted to emphasize.

When we talk of mental health data, we cannot only look at the psychiatric aspects of it. That, I think, is a burden. Mental health is heavily weighed in terms of interpretation of the data, in terms of how we look at the system from a psychiatric perspective, and

Avant de terminer ma présentation, j'aimerais parler de notre partenariat de recherche. J'aimerais simplement que vous vous reportiez à la dernière page de ce document d'information. Depuis cinq ans, nous avons maintenu un partenariat de recherche avec l'Université du Manitoba et l'Assemblée des chefs du Manitoba au Centre de recherche sur la santé des Autochtones — Premières nations du Manitoba, et le Dr Mignone fera une présentation très bientôt. Nous venons à peine de terminer un rapport d'évaluation sur notre partenariat de cinq ans. Sa vision consiste à analyser les besoins en matière de recherche au moyen d'un modèle fondé sur les résultats cliniques pour vérifier l'élaboration des politiques, le savoir traditionnel et l'importance de la collaboration entre les Premières nations et une université sur le plan d'un modèle scientifique de recherche en vue de créer un modèle plus approprié et plus éclairé pour examiner les politiques et les services relatifs aux programmes. Je vous laisse ça entre les mains. S'il nous est possible de vous remettre ce rapport avant la conclusion de votre recherche, nous vous le présenterons également.

Le président : Ce serait utile.

Mme Linklater : En terminant, nous aimerions également obtenir du financement dans le cadre d'une entente de financement pluriannuelle. Notre financement de cinq ans se termine bientôt.

En conclusion, je veux remercier le comité sénatorial de poursuivre ses recherches et de mettre l'accent sur des enjeux très complexes concernant les trois sujets qui nous intéressent tous, c'est-à-dire la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie. Nous espérons que vous accueillerez nos recommandations favorablement. (Parle dans une langue étrangère) En d'autres mots, l'Assemblée des chefs du Manitoba vous transmet ses meilleurs vœux et vous remercie.

Le président : Merci.

Docteur Mignone, la parole est à vous.

Le Dr Javier Mignone, chercheur associé, Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba : Merci de nous inviter ici. Comme l'a expliqué Mme Linklater, notre centre représente un partenariat. Il est situé à l'université, mais il s'agit d'un partenariat avec l'Assemblée des chefs du Manitoba. Étant donné que la présentation de Mme Linklater était très détaillée et que je suis manifestement d'accord avec ce qu'elle a dit, je vais tenter d'utiliser votre troisième rapport comme tremplin vers certains des enjeux dont j'aimerais parler.

Tout d'abord, vous avez mentionné l'enjeu concernant les données, les données épidémiologiques sur la santé mentale. Il y a, bien entendu, un manque de données pertinentes; on est d'accord avec cela, et c'est un enjeu important dont on doit toujours tenir compte. Un bon exemple, c'est l'enquête longitudinale et régionale sur la santé des Premières nations, effectuée par l'ANSA. Cette enquête permet de recueillir des données de façon plus élargie, et c'est sur quoi j'aimerais mettre l'accent.

Lorsqu'on parle de données de santé mentale, il ne faut pas uniquement examiner les aspects psychiatriques de la santé mentale. Je crois qu'il s'agit d'un fardeau. On pondère fortement la santé mentale en tenant compte de l'interprétation

that is a very limiting factor. If you think of it, most of the acute situations, even chronic but severe situations of mental health, are only the tip of the iceberg of much broader and important issues that are going on in communities and with people. That is one thing. Added to which is the interpretation of the data. Data itself does not tell us anything; it is the interpretation of data which is important. As Ms. Linklater was saying, there are many different types of knowledge, but it is in the sharing of this interpretation that we will acquire the more meaningful type of information to enable us to pursue certain changes.

The second aspect, and this is specific to a term that has been used here, and that is cultural factors. I think I understand what you mean in terms of cultural factors that affect mental health, et cetera. I would suggest the use of structural factors, specific to First Nations communities, to Aboriginal peoples. The reason is that “cultural” in the sense that you are using that expression here, it is almost as if there were cultural factors because of the culture that are detrimental to mental health. I think the point is that there are structural factors, as again Ms. Linklater was saying, upstream factors and historical factors, that have a severe impact on the well-being of Aboriginal peoples.

I would like to briefly talk about this. We have been trying to pursue this avenue of research in the sense of trying to understand, from a research perspective, and get a better grasp on communities as the object of policy, and understanding what is it about communities that have such an impact on health in general, or mental health in particular. That is one line of reasoning.

We talk about social determinants of health, but specifically the terminology that is a bit more in use is the idea that there is a bit of a distinction between individual determinants of health and what we could call ecological level determinants of health. That is that there is something, for example, about community level features or characteristics, and even broader than that, per se, that above and beyond individual factors have an impact on health and mental health.

The other issue — and obviously if there is time, we can talk more about it; if not, there is some documentation out around this. The other issue that you raise is the fragmentation of services. We absolutely agree that this is a very serious issue. We had the opportunity to do a review of mental health services of FNIHB here in Manitoba. You have been provided with a copy of that report, and that is clearly one of the findings there. It is quite severe, and it is severe at several levels. It is severe intra-departmental, like within the same department there is an interesting “stove pipe” phenomena. I have experience with mental health agencies. Sometimes they just seem to be the worst. Obviously this has to do with the notion of being able to structure institutions, organizations, from a real sense of mental health continuum, and this is where it breaks down.

des données, de la façon dont on analyse le système sur le plan psychiatrique, ce qui est un facteur très contraignant. Si vous y pensez, la plupart des cas graves, voire chroniques, mais les cas graves de santé mentale, ne représentent que la pointe de l’iceberg d’un problème plus vaste et important auquel font face les collectivités et les personnes. C’est une chose. À laquelle on ajoute l’interprétation des données. Les données ne nous disent rien; c’est l’interprétation des données qui est importante. Comme le disait Mme Linklater, il existe bon nombre de savoirs différents, mais c’est en échangeant cette interprétation qu’on va acquérir le type de renseignements le plus important pour nous permettre d’apporter certains changements.

Le deuxième aspect, et ça concerne un terme qu’on a utilisé ici, c’est-à-dire les facteurs culturels. Je crois comprendre ce que vous voulez dire par les facteurs culturels qui affectent la santé mentale, etc. Je proposerais l’utilisation de facteurs structurels, propres aux collectivités des Premières nations, aux peuples autochtones. C’est que le terme « culturels », dans le sens que vous utilisez ici, — c’est comme s’il y avait des facteurs culturels parce que la culture nuit à la santé mentale. Je crois en fait qu’il existe des facteurs structurels, encore une fois comme le disait Mme Linklater, des facteurs « en amont » et des facteurs historiques qui ont des répercussions importantes sur le bien-être des peuples autochtones.

J’aimerais en parler brièvement. On tente de pousser plus loin ce domaine de recherche puisqu’on tente de comprendre, d’un point de vue de la recherche, et de mieux saisir les collectivités en tant qu’objet de la politique et de comprendre pourquoi les collectivités ont de telles répercussions sur la santé en général ou sur la santé mentale en particulier. C’est une façon de voir les choses.

On a parlé des déterminants sociaux de la santé, mais, de façon précise, la terminologie courante concerne l’idée qu’il existe une légère distinction entre les déterminants de la santé individuels et ce qu’on pourrait appeler les déterminants de la santé écologiques. Ça veut dire qu’il y a quelque chose, par exemple, dans les caractéristiques communautaires, et même à une échelle plus vaste, qui, au-delà des facteurs individuels, a des répercussions sur la santé et la santé mentale.

L’autre enjeu — et, évidemment, s’il reste du temps, on peut en parler davantage; sinon, il existe quelques documents à ce sujet. L’autre enjeu dont vous avez parlé, c’est la fragmentation des services. On est absolument d’accord avec le fait qu’il s’agit d’un enjeu très important. On a eu l’occasion de procéder à l’examen des services de santé mentale de la DGSPNI au Manitoba. Vous avez reçu un exemplaire de ce rapport, et l’une des constatations concerne cet enjeu. C’est un enjeu assez important, et il est important à plusieurs niveaux. C’est important à l’échelle intraministérielle, comme à l’intérieur d’un ministère où on trouve un phénomène de « cloisonnement » intéressant. J’ai de l’expérience auprès d’organismes de santé mentale. Parfois, ils semblent être les pires. Ça concerne évidemment la notion qui consiste à être en mesure de structurer les établissements, les organismes de façon à tenir compte du continuum en santé mentale, et c’est là que ça ne fonctionne pas.

I will jump ahead a little bit to the issue of health care staff, to mental health staff. First, within the professional bodies, we have quite a divide. I will address this issue because this is one of the issues that your committee faces, and that you have also asked a specific question around. Psychiatrists are important, that is a given, but the truth is that they are minimally important in mental health. It is our particular experience in doing this work, and really having had the opportunity to talk with many of the community workers that Ms. Linklater was mentioning, such as the BFI workers, the BHC workers, the NADAP workers, that they are the ones who are essentially carrying the load, and they are the ones who lack support at several levels. Some of the things that they lack could be very simple things that would make a really big difference, in my opinion. One I would say has to do with the issue of salaries. For example, there is no salary scale for experience, so a worker could have 10 years of experience; a very skilled worker who has carried an important burden in the community in terms of helping lots of people, is receiving the same pay as someone who is just starting out. That has been identified.

Second is career development opportunities; to be able to have more training but also to receive real certification, and for the experience itself of certification. We know that formal education is not the only way to accredit people. We must look seriously at that, because the workers care about this. It also has to do with their professional pride.

Third — and I think many times this is lost — the workers need support in the sense of supervision, but they also need support in helping them to cope with what they have to deal with. They are dealing every day with very traumatic circumstances. They are also traumatized, and they have to be supported in that respect. I do not have time now to explain what specific mechanisms could be put in place, but this is an issue that has been raised by them repeatedly. This links to one idea that we did put in the report — and this is obviously up for debate, but it might be interesting — a creation of an Aboriginal mental health accrediting body, perhaps, in two ways: one, because it will be able to incorporate its community workers into some form of accreditation, but it would also require, for example, mental health therapists who do not have a First Nations background to meet certain criteria. What I mean is that we are parachuting people into these communities who have no background at all; they have no clue. Simply from a professional perspective, and not even talking about from a value perspective, that is a serious matter.

The last issue I have — and I do not know how much time I have left — is that you, the Senate committee, do embrace the issue of delegation, of transfer. I cannot remember the exact

Je vais immédiatement parler du problème du personnel en soins de santé, du personnel en santé mentale. Tout d'abord, au sein des organismes professionnels, on observe un certain fossé. Je vais parler de cet enjeu puisqu'il s'agit de l'un des enjeux que doit aborder votre comité et que vous avez également posé une question particulière à ce sujet. Les psychiatres sont importants, c'est évident, mais la vérité, c'est qu'ils ont une importance minimale en santé mentale. C'est l'expérience particulière qu'on a vécue en faisant ce travail et en ayant vraiment l'occasion de parler avec de nombreux intervenants communautaires dont Mme Linklater a fait mention, comme les intervenants de l'IAB, les intervenants du programme CBS, les intervenants du PNLAADA, qui sont ceux qui portent, de façon générale, cette charge sur leurs épaules et ceux qui manquent de soutien à plusieurs niveaux. Certaines des choses dont ils manquent pourraient être des choses très simples qui feraient vraiment une grande différence, selon moi. L'une d'entre elles concerne le problème des salaires. Par exemple, il n'existe aucune échelle salariale fondée sur l'expérience, alors un travailleur pourrait avoir dix ans d'expérience; un travailleur très compétent qui a porté sur ses épaules un lourd fardeau dans la collectivité, par exemple en aidant beaucoup de personnes, reçoit le même salaire qu'une personne qui commence à travailler. C'est ce qu'on a déterminé.

De plus, il y a les débouchés accessibles; il faut être en mesure de pouvoir suivre davantage de formation, mais également de recevoir un agrément professionnel véritable et de vivre l'agrément professionnel. On sait que l'éducation formelle n'est pas l'unique façon de reconnaître des personnes. On doit étudier la question de façon sérieuse, car les travailleurs s'en préoccupent. Ça concerne également leur fierté professionnelle.

Ensuite — et je crois qu'il s'agit d'un enjeu qu'on oublie trop souvent — les travailleurs ont besoin de soutien en ce qui concerne la supervision, mais ils ont également besoin de soutien pour faire face aux problèmes qu'ils rencontrent. Chaque jour, ils font face à des situations très traumatisantes. Ils vivent également des traumatismes et ils doivent recevoir du soutien à cet égard. Je n'ai pas le temps maintenant d'expliquer les mécanismes particuliers qu'on pourrait mettre en place, mais il s'agit d'un enjeu qu'ils ont soulevé à maintes reprises. Ça correspond à l'une des idées qu'on a intégrées au rapport — et on devra évidemment en débattre, ce qui pourrait être intéressant — c'est-à-dire la création d'un organisme d'agrément professionnel en santé mentale autochtone, possiblement de deux façons : tout d'abord, l'organisme pourra donner une certaine forme d'agrément professionnel à ses intervenants communautaires, mais il exigera également, par exemple, que les thérapeutes en santé mentale qui ne font pas partie des Premières nations répondent à certains critères. Ce que je veux dire, c'est qu'on envoie des gens dans ces collectivités même s'ils n'ont aucune origine autochtone; ils n'ont aucune connaissance à ce sujet. Simplement d'un point de vue professionnel, et je ne parle même pas des valeurs, ça représente un enjeu important.

Le dernier point dont je veux parler — et je ne sais pas combien de temps il me reste — c'est que vous, le Comité sénatorial, encouragez la délégation, le transfert. Je ne peux pas me rappeler

words that you used, but I would emphasize here again that if we are talking about delegation, that it be a real delegation; not the type of, “You do it; I decide” type of delegation. This is linked to the reporting mechanisms that are ongoing. This, again, is quite an interesting burden. Many of the communities are really doing a good deal of reporting — which, by the way, takes a tremendous amount of time from their work; time which they could be dedicating to working with people.

The serious matter of gathering information, I think it does go to a black hole. It disappears; that information is not used. If we do not use information, let us not gather it. In any event, it is putting the cart before the horse. Because information takes time and resources to gather, it is an expensive product; it uses lots of energy, and so, therefore, it has to be meaningful. This is something that community workers really are very frustrated about, and that also added to the ethical issues around it. In the case of a review, at least, of FNIHB, much of the information was going to FNIHB from communities through the mental health therapists with names and other identifiers. There was a real possibility of a breach of confidentiality there. Insurance companies do not ask for that type of information; Blue Cross does not ask for that type of information. Why is this being done when nothing is coming back from the gathering of this information?

Senators, there is perhaps more that I could say, but I will be short. Of course, again I think that Ms. Linklater presented a much more comprehensive picture of the issues that we were talking about.

The Chairman: Ms. Linklater, on page 12 of your presentation, you refer to two particular documents which I would like to know if you could send us. One is dated April of this year, and it is entitled “Overview of Gaps in Service and Issues Associated with Jurisdictions.” Can you send us that?

Ms. Linklater: Yes.

The Chairman: The other one is the one in the next paragraph, which is essentially your primary care document, dated March 2005.

Ms. Linklater: Very well.

The Chairman: I know that there is some other material that you will see if you can send us, but I presume you can send us those two because those are already done and dated. Is that right?

Ms. Linklater: Yes. They are the ones that will be discussed next week at the senior official steering committee. There are three of those reports. The one, though, that is the fiscal analysis is expected in the fall 2005, so I am not sure —

The Chairman: No, I understand that, but if you could send us the others, that would be great.

les mots exacts que vous avez utilisés, mais j'aimerais mettre encore une fois l'accent sur le fait que, si on parle de délégation, qu'il s'agisse d'une délégation véritable; et non le genre de délégation où on entend « vous le faites; je décide ». Ça correspond aux mécanismes de reddition de comptes qui sont actuellement en place. Encore une fois, il s'agit d'une question assez intéressante. Bon nombre de collectivités font vraiment beaucoup de reddition de comptes — ce qui, en passant, prend énormément de temps qu'elles ne peuvent consacrer à leur travail; temps qu'elles pourraient prendre pour travailler auprès des gens.

L'enjeu important relatif à la collecte de renseignements se trouve, selon moi, dans un trou noir. Il disparaît; ces renseignements ne sont pas utilisés. Si on n'utilise pas de renseignements, on ne doit pas en recueillir. En tout cas, on met la charrue devant les bœufs. Comme la collecte de renseignements prend du temps et des ressources, il s'agit d'un produit onéreux; ça tire beaucoup d'énergie et, par conséquent, ça doit être important. C'est un sujet qui frustre vraiment les intervenants communautaires et qui accroît les enjeux éthiques connexes. Au moins, dans le cas d'un examen de la DGSPNI, la plupart des renseignements se transmettaient entre la DGSPNI, les collectivités et les thérapeutes en santé mentale, ce qui comprenait les noms et d'autres identificateurs. Il y avait une possibilité réelle de divulguer des renseignements personnels. Les sociétés d'assurances ne demandent pas ce genre de renseignements; la Croix bleue ne demande pas ce genre de renseignements. Pourquoi recueille-t-on ces renseignements s'ils ne servent à rien?

Sénateurs, j'aurais encore des choses à dire, mais je serai brève. Bien entendu, encore une fois, je crois que Mme Linklater a présenté les enjeux dont nous parlions de façon beaucoup plus détaillée que moi.

Le président : Madame Linklater, à la page 12 de votre présentation, vous faites allusion à deux documents particuliers; j'aimerais savoir si vous pouvez nous les faire parvenir. L'un est daté du mois d'avril de cette année et s'intitule « Overview of Gaps in Service and Issues Associated with Jurisdictions ». Pouvez-vous nous l'envoyer?

Mme Linklater : Oui.

Le président : L'autre se trouve au paragraphe suivant et représente essentiellement votre document sur les soins primaires, daté de mars 2005.

Mme Linklater : Très bien.

Le président : Je sais que vous nous enverrez peut-être d'autres documents, mais je présume que vous pouvez nous envoyer ces deux-là puisqu'ils sont déjà rédigés et datés. N'est-ce pas?

Mme Linklater : Oui. Ce sont les documents dont nous parlerons la semaine prochaine dans le cadre du comité directeur des hauts fonctionnaires. Il y a trois de ces rapports. Par contre, celui sur l'analyse budgétaire est prévu pour l'automne 2005, alors je ne suis pas sûre...

Le président : Non, je comprends, mais si vous pouviez nous envoyer les autres, ce serait bien.

Let me ask just a technical question and then a general one. In terms of service on reserves — I am only now talking about First Nations members on reserves. They are the only services that the Federal Health Department actually funds, is that correct? They do not fund services provided to First Nations members living off-reserve; they only fund services for people living on reserves, am I correct on that?

Ms. Linklater: They can provide for services off = reserve if you are going from reserve to off-reserve.

The Chairman: To get the service?

Ms. Linklater: To get the services.

The Chairman: Right.

Ms. Linklater: But if I am living in Manitoba, I can also get services such as my glasses, for example, which they will provide for me, so those kind of services are available, even though I live off-reserve.

The Chairman: They provide some off-reserve services, a bit like an insurance company, but for what we would all think of as traditional health services —

Ms. Linklater: Right.

The Chairman: — they provide on-reserve you said?

Ms. Linklater: Other than what is covered. Then Manitoba Health Services covers for us as well.

Senator Gill: I agree with you there, but provided that individuals are still attached to the reserve, they still are considered being on-reserve. Sometimes they are living off-reserve on a temporary basis, but they have to be considered as living on a reserve?

Ms. Linklater: Right.

The Chairman: Who pays for that?

Ms. Linklater: Manitoba Health.

The Chairman: On-reserve?

Ms. Linklater: Off-reserve.

The Chairman: On-reserve, the feds pay the physician, is that right?

Ms. Linklater: Yes.

The Chairman: Which really means that because there are no hospitals on reserves, the on-reserve services are basically primary care services, is that right? I mean what we would think of as primary care services?

Dr. Mignone: In most cases, except that Norway House has a hospital.

The Chairman: But as a general statement, it is primary care services that are provided on reserve, correct?

Laissez-moi vous poser une question technique et une question d'ordre général. En ce qui concerne les services dans les réserves — je ne parle actuellement que des membres des Premières nations vivant dans des réserves. Ce sont les seuls services que le ministère fédéral de la Santé finance actuellement, n'est-ce pas? Il ne finance pas les services offerts aux membres des Premières nations vivant hors réserve; il finance uniquement les services offerts aux personnes vivant dans les réserves, n'est-ce pas?

Mme Linklater : Il peut offrir les services hors réserve si vous vivez dans une réserve et que vous allez à l'extérieur.

Le président : Pour obtenir le service?

Mme Linklater : Pour obtenir les services.

Le président : Bien.

Mme Linklater : Mais, si je vis au Manitoba, je peux également obtenir des services, comme mon optométriste, par exemple, qu'il paiera pour moi, alors ce genre de services est accessible même si je vis hors réserve.

Le président : Il rembourse certains services offerts hors réserve, un peu comme une société d'assurances, mais pour ce qu'on considère comme des services de santé traditionnels...

Mme Linklater : Oui.

Le président : ... vous avez dit qu'il paie les services dans la réserve?

Mme Linklater : Les services qui ne sont pas couverts. Les Services de santé du Manitoba couvrent également certains services.

Le sénateur Gill : Je suis d'accord avec vous sur ce point, mais puisque les personnes sont toujours liées à la réserve, on considère qu'elles vivent toujours dans la réserve. Parfois, elles vivent hors réserve de façon temporaire, mais on doit considérer qu'elles vivent dans une réserve?

Mme Linklater : C'est ça.

Le président : Qui paie pour ça?

Mme Linklater : Le ministère de la Santé du Manitoba.

Le président : Dans la réserve?

Mme Linklater : Hors réserve.

Le président : Dans la réserve, le gouvernement fédéral rembourse le médecin, n'est-ce pas?

Mme Linklater : Oui.

Le président : Ce qui veut dire que, en réalité, puisqu'il n'y a pas d'hôpitaux dans les réserves, les services offerts dans les réserves sont principalement des soins primaires, n'est-ce pas? Je veux dire ce qu'on considère comme des services de soins primaires?

Le Dr Mignone : Dans la plupart des cas, à l'exception de Norway House, qui possède un hôpital.

Le président : Mais, en tant que déclaration générale, il s'agit des services de soins primaires offerts dans la réserve, n'est-ce pas?

Dr. Mignone: Right.

The Chairman: Are those services provided by the federal government, contracting with the band council, the chiefs, some First Nations authority? Do the feds contract with them and they provide the service, or do the feds provide the service directly?

Ms. Linklater: It depends on what the service is. Sometimes the feds flow the money to the province, and the province holds money on a per capita basis for First Nations —

The Chairman: Right.

Ms. Linklater: — based on First Nations population in the region. Thus the federal government does have a health transfer policy agreement with the provinces here. Some of the services that First Nations receive come directly from First Nations and Inuit health branch contribution agreements.

The Chairman: What is the contribution?

Ms. Linklater: Contribution agreements for health programs and services.

The Chairman: No, contribution agreements to the band council or —

Ms. Linklater: Yes.

The Chairman: Very well.

Ms. Linklater: Depending on the types and range of services, sometimes the province will enter into an arrangement with a First Nation for specific health costs, so there is a multiple, confusing, assortment of health services.

The Chairman: I want to try to find a way to clear up the confusion. Given the description that you gave, would the First Nations people living on the reserve be better off if the feds contracted everything to the provinces, which in turn would be contracted to the bands? Basically, the feds got out of this business of, to get to Javier's point, putting all kinds of conditions on it. I mean, what are the feds usefully doing?

Ms. Linklater: The feds are just offloading, as far as we are concerned, to the provinces, and the provinces do not want that responsibility without money.

The Chairman: I understand that; they would have to get the money.

Ms. Linklater: However, the First Nations say, "If you are offloading to anybody, offload to us, because we are capable and responsible and have the capacity to undertake our own management of services, programs, and delivery, within our communities," and that includes the portability of individuals in our communities to the urban centres.

Le Dr Mignone : C'est exact.

Le président : Ces services sont-ils offerts par le gouvernement fédéral, qui passe un marché avec le conseil de bande, les chefs, certaines autorités des Premières nations? Le gouvernement fédéral passe-t-il un marché avec eux afin qu'ils offrent le service, ou est-ce qu'il offre directement le service?

Mme Linklater : Ça dépend du service. Parfois, le gouvernement fédéral envoie de l'argent à la province, alloue un certain montant par membre des Premières nations...

Le président : Bien.

Mme Linklater : ... en fonction de la population des Premières nations dans la région. Par conséquent, le gouvernement fédéral a conclu une entente sur la politique de transfert des responsabilités en matière de santé avec les provinces. Certains des services offerts aux Premières nations proviennent directement des ententes de contribution conclues avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le président : Quelle contribution?

Mme Linklater : Les ententes de contribution relatives aux services et programmes de santé.

Le président : Non, les ententes de contribution du conseil de bande ou...

Mme Linklater : Oui.

Le président : Très bien.

Mme Linklater : Selon le genre et la portée des services, la province conclura parfois une entente avec une Première nation en ce qui concerne des coûts particuliers relatifs à la santé, alors il y a de multiples ensembles de services de santé, ce qui peut porter à confusion.

Le président : Je veux essayer de préciser les choses. À la lumière de la description que vous avez fournie, est-ce que ce serait mieux pour les membres des Premières nations qui vivent dans les réserves si le fédéral confiait tout aux provinces en vertu d'un contrat, lesquelles remettraient ensuite le tout aux bandes en vertu d'un contrat? Essentiellement, le fédéral s'est retiré de cette entreprise en y rattachant, comme l'a souligné Javier, toutes sortes de conditions. Je veux dire, qu'est-ce que le fédéral fait d'utile?

Mme Linklater : Le fédéral ne fait que refiler tout ça, d'après ce que nous pouvons voir, aux provinces, lesquelles ne veulent pas assumer cette responsabilité si cela ne s'assortit pas d'un financement.

Le président : Je comprends ça : elles doivent obtenir du financement.

Mme Linklater : Toutefois, les Premières nations disent : « Si vous refilez le tout à quelqu'un d'autre, c'est à nous que vous devriez le refiler, car nous pouvons le faire, nous sommes responsables et nous avons la capacité de gérer nous-mêmes les services, les programmes et tout ce qui est offert dans nos communautés », et cela comprend la capacité de transférer des membres de nos communautés aux centres urbains.

The Chairman: Is that universal? Surely there must be differences in the capacity of the various band councils to, in fact, take —

Ms. Linklater: Sure, and that has been agreed to. However, there is also the issue of aggregation, of support systems so that we can enter into agreements internally, amongst ourselves, to come to an aggregate support system for delivery of services.

Dr. Mignone: The tribal councils are a good example.

The Chairman: Right.

Dr. Mignone: Thus there are communities in which health transfer has occurred and, obviously, there is more control —

The Chairman: When you say “health transfer,” you mean from the feds to the —

Dr. Mignone: To the communities or to a tribal council, but with others that has not occurred at all, or it is in between; there is a range there. As Ms. Linklater was saying, of course there are many small communities that in themselves could not provide the full range of services, but they can aggregate, and actually tribal councils are good examples of that; they can take on the control themselves.

The Chairman: Go ahead.

Senator Gill: Please explain for us a little bit the difference between tribal and band council, because I think some people —

The Chairman: I am using the words interchangeably.

Senator Gill: Go ahead.

Ms. Linklater: There are nations, and it encompasses all of the people of that nation. Then we have structures called tribal councils, the idea of which essentially came out of the original Indian Affairs regional offices. Sometimes tribal councils sprang out of that. We have seven tribal councils here in the Manitoba region, but we have nine independent First Nations, and they are not part of a tribal council.

Senator Gill: And you have 60-some bands?

Ms. Linklater: 63 bands.

Senator Gill: Often people are using a “nation” as a “band,” or a band as a nation.

The Chairman: Senator Gill understands this because he lives on a reserve in Northern Quebec.

Ms. Linklater: A First Nations council is the community-based government body.

The Chairman: Let me use the word “council.” Javier said that the federal government has downloaded, contracted — however you want to describe it — to some community councils, and in

Le président : Est-ce le cas dans tous les secteurs? Sans aucun doute, les conseils de bande n'ont pas tous la même capacité, en fait, de prendre...

Mme Linklater : Bien sûr, et on en a déjà convenu. Toutefois, il faut aussi envisager les choses de façon globale : nous devons établir des systèmes de soutien pour que nous puissions nous entendre à l'interne, entre nous, et arriver à un système de soutien global pour la prestation des services.

Le Dr Mignone : Les conseils tribaux sont un bon exemple.

Le président : Exactement.

Le Dr Mignone : De fait, il y a des communautés où on a déjà effectué un transfert des services de santé, et, de toute évidence, il y a un meilleur contrôle...

Le président : Lorsque vous dites « transfert des services de santé », vous voulez parlé d'un transfert du fédéral aux...

Le Dr Mignone : Aux communautés où à un conseil tribal, mais ça ne s'est pas encore fait pour les autres, ou bien on en est à mi-chemin; on est arrivé à différentes étapes à ce chapitre, selon le cas. Comme l'a dit Mme Linklater, il y a évidemment un grand nombre de petites communautés qui ne peuvent fournir à elles seules toute la gamme des services, mais elles peuvent se regrouper; d'ailleurs, les conseils tribaux sont un bon exemple de cela : ils peuvent prendre eux-mêmes le contrôle.

Le président : Allez-y.

Le sénateur Gill : Pourriez-vous nous expliquer la différence entre un conseil tribal et un conseil de bande, car je crois que certaines personnes...

Le président : J'utilise ces expressions de façon interchangeable.

Le sénateur Gill : Allez-y.

Mme Linklater : Il y a des nations, et cela comprend tous les membres de cette nation. Ensuite, nous avons des structures appelées conseils tribaux, concept trouvé essentiellement par les premiers bureaux régionaux des Affaires indiennes. Des conseils tribaux se sont parfois formés à partir de là. Nous avons sept conseils tribaux ici dans la région du Manitoba, mais nous avons neuf Premières nations indépendantes, qui ne font pas partie d'un conseil tribal.

Le sénateur Gill : Et vous avez quelque 60 bandes?

Mme Linklater : Soixante-trois bandes.

Le sénateur Gill : Souvent, les gens utilisent le terme « nation » pour une « bande », et vice-versa.

Le président : Le sénateur Gill comprend ça, puisqu'il habite dans une réserve située dans le nord du Québec.

Mme Linklater : Le conseil des Premières nations est l'organisme communautaire du gouvernement.

Le président : Permettez-moi d'utiliser le mot « conseil ». Javier a dit que le gouvernement fédéral avait refilé ou imparti — quelle que soit la façon dont vous voulez appeler

other cases it has not. What has been the difference? Why do some councils get the right to provide the service and some do not?

Dr. Mignone: I do not know the details. Perhaps, Ms. Linklater, you could —

Ms. Linklater: Some of the arrangements are dependent upon what services already exist. For example, Norway House First Nation has a hospital facility that had been the old Indian hospital from days gone by for regional health services, like the zone hospitals of the past. It is still there, and they would like to continue to provide enhanced health services and not lose their hospital. That was an agreement that was entered into.

The Chairman: Right.

Ms. Linklater: Other communities have smaller populations so they then go to, say, Thompson, or to the nearest urban centre to access health services, depending on what their health needs are. There are also the regional, the community nursing stations, which are run through the First Nations Inuit Health Branch.

Dr. Mignone: There is a historical process here. We can provide — actually, people in our centre did an evaluation of health transfer last year. For some reason, I do not think they have allowed us to release it.

Ms. Linklater: It has not been approved yet.

The Chairman: By whom?

Dr. Mignone: I think it is FNIHB.

Ms. Linklater: There is a working body, a national working body, that also includes First Nations.

The Chairman: If you can get the title of that document, I can get my hands on it.

Dr. Mignone: Sure. I have a pirated copy of it.

The Chairman: That is even better. That makes my life easier.

Dr. Mignone: There are historical reasons, and there are negotiations that occur. The bottom line is, there are several factors that explain why certain communities or certain tribal councils have transfer and others do not.

The Chairman: Let me tell you what my frustration is and then I will turn to my colleagues. My frustration is that you have a situation in which, by any measure you want to use, the services that are provided that are directly funded by the federal government are not very high quality, and in large measure the evidence that we have — which is anecdotal, granted — is that they constitute a hindrance to providing better quality services. I am not trying to save the federal government money, not in the slightest; what I am trying to do is get rid of an obstruction.

cela — certaines choses aux conseils communautaires, et que, dans d'autres cas, il ne l'a pas fait. Qu'est-ce qui a fait une différence? Pourquoi certains conseils ont-ils le droit de dispenser des services, et que ce n'est pas le cas pour d'autres?

Le Dr Mignone : Je ne connais pas les détails. Madame Linklater, peut-être pourriez-vous...

Mme Linklater : Certaines des dispositions varient en fonction des services déjà offerts. Par exemple, la Première nation de Norway House possède un établissement hospitalier, qui abritait anciennement un hôpital indien, où on offre des services de santé régionaux, comme le faisaient par le passé les hôpitaux de zone. Il est encore là, et on aimerait continuer à offrir des services de santé améliorés dans cet hôpital, car on ne veut pas le perdre. On a conclu une entente à ce sujet.

Le président : D'accord.

Mme Linklater : D'autres communautés sont plus petites et se rendent donc, par exemple, à Thompson, ou dans le centre urbain le plus près, pour accéder aux services de santé, selon leurs besoins en la matière. Il y a également des postes de soins infirmiers régionaux ou communautaires, qui sont administrés par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.

Le Dr Mignone : Il y a ici un processus historique. Nous pouvons fournir — en fait, les gens dans notre centre ont évalué les résultats du transfert des services de santé l'année dernière. Pour une raison ou pour une autre, je ne crois pas qu'ils nous ont permis de publier l'information.

Mme Linklater : Ça n'a pas encore été approuvé.

Le président : Par qui?

Le Dr Mignone : Je crois que c'est la DGSPNI qui doit le faire.

Mme Linklater : Il y a un organisme d'étude, un organisme d'étude national, qui comprend aussi les Premières nations.

Le président : Si vous pouviez me dire le titre de ce document, je pourrais essayer de mettre la main dessus.

Le Dr Mignone : Bien sûr. J'en ai une copie piratée.

Le président : C'est encore mieux. Ça me facilite les choses.

Le Dr Mignone : Il y a des raisons historiques, et des négociations sont en cours. Bref, plusieurs facteurs peuvent expliquer pourquoi certaines communautés ou certains conseils tribaux ont fait l'objet d'un transfert, alors que ça n'a pas été le cas pour d'autres.

Le président : Permettez-moi de vous expliquer ce qui me frustre, et puis je céderai la parole à mes collègues. Ce qui me frustre, c'est que nous avons ici une situation où, quelle que soit la façon dont on cherche à l'évaluer, les services qui sont fournis et qui sont financés directement par le gouvernement fédéral ne sont pas de très grande qualité, et, dans une large mesure, tout porte à croire — bien que ce soit du oui-dire, je vous le concède — que cela empêche les gens de fournir des services de meilleure qualité. Je n'essaie pas de faire économiser de l'argent au gouvernement fédéral, loin de là : mon but, c'est d'essayer d'éliminer ce qui fait obstacle.

I suppose my question is — and I do not need an answer today; I would like you to think about it — what is the model that would meet the following two objectives, one of which is to download as much as possible while maintaining some element of accountability. I am not referring to the stupidity of collecting information that nobody uses, but how do we balance that, even if it meant the federal government, in a sense getting rid of the First Nations and Inuit branch because it just became a financial transfer? I would love to know what that model is. If you have any thoughts on that, we would like to hear them.

Dr. Mignone: Health transfer, I think, is a good model precisely because it also would allow —

The Chairman: Why can we not do it everywhere?

Dr. Mignone: I cannot answer that question. As I say, maybe if you want to read that report, that might provide some insight. It was quite a comprehensive evaluation. I participated in visiting, in some cases; I did case studies, but I do not have the global picture so I do not want to answer.

The Chairman: Very well.

Dr. Mignone: That is because the tribal council, for example, could also potentially contract with the province certain services. It gives more flexibility. What we saw in the mental health review, that was a good example. Tribal councils were providing mental health services.

Senator Keon: You covered a lot of ground, Ms. Linklater. In any event, we have drifted into a discussion of Aboriginal health as opposed to Aboriginal mental health and addiction disorders, and mental illness. Let us try to drill down, in this tremendously complex system, and discuss Aboriginal mental health, addiction, and mental illness.

The rest of the country does not have to deal with the burden of three systems. They are dealing with the burden of two systems but you are dealing with the burden of three systems. It would appear that a small province like Prince Edward Island, in coming to grips with this situation, would best be served by a major investment in combined primary care and community care, with mental health service delivered at that level, with the appropriate social services, the appropriate medical services, and the appropriate mental health services. Of course there could be an integration into a system, and the patients would need to get out of Prince Edward Island into Halifax for some of these sophisticated services, and so forth. There is an analogy there to the situation that you are dealing with.

Je suppose que ma question, c'est — et je n'ai pas besoin qu'on me réponde aujourd'hui, mais j'aimerais que vous y réfléchissiez — : quel modèle permettrait d'atteindre les deux objectifs suivants, dont celui de transférer le plus possible tout en conservant une certaine part de responsabilité. Et je ne parle pas de la pratique stupide qui consiste à recueillir des renseignements que personne n'utilise, mais je cherche à savoir comment nous pourrions atteindre le juste équilibre dans ce domaine, même si cela veut dire que le gouvernement fédéral doit pour ainsi dire se départir de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits parce qu'elles ne sera devenue qu'un mécanisme de transfert financier? J'aimerais bien savoir à quoi ce modèle pourrait ressembler. Si vous avez des idées à ce sujet, j'aimerais les connaître.

Le Dr Mignone : Le modèle de transfert des services de santé est, à mon avis, un bon modèle justement parce qu'il permet aussi...

Le président : Pourquoi ne pourrions-nous pas le faire partout?

Le Dr Mignone : Je ne peux répondre à cette question. Comme je l'ai dit, vous pourriez peut-être lire ce rapport, qui pourrait vous éclairer un peu. Il offre une évaluation assez complète. J'ai participé aux visites dans certains cas; j'ai effectué des études de cas, mais je n'ai pas une vision globale de la situation; alors, je ne peux pas vous répondre.

Le président : Très bien.

Le Dr Mignone : C'est parce que le conseil tribal, par exemple, pourrait également impartir certains services aux provinces. C'est un moyen plus souple de procéder. Ce que nous avons vu dans le cadre de l'examen des services de santé mentale nous offre un bon exemple de cela. Les conseils tribaux fournissaient les services de santé mentale.

Le sénateur Keon : Vous avez couvert beaucoup de points, madame Linklater. Quoi qu'il en soit, nous avons un peu dévié de notre sujet en discutant de la santé des Autochtones, au lieu de nous attacher au domaine de la santé mentale des Autochtones et à leurs problèmes de toxicomanie et à leurs troubles mentaux. Essayons de ne pas nous éloigner de la question en jeu, dans les méandres de ce système extrêmement complexe, et discutons donc de la santé mentale des Autochtones, de leurs problèmes de toxicomanie et de leurs troubles mentaux.

Le reste du pays n'a pas à subir le fardeau de trois systèmes. Ils sont pris avec deux systèmes, mais vous devez composer avec trois systèmes. Il semble qu'une petite province comme l'Île-du-Prince-Édouard aurait tout avantage, pour s'en sortir dans cette situation, à recevoir un investissement important dans une combinaison de soins primaires et de soins communautaires, où les services de santé mentale seraient offerts à ce niveau, en plus des services sociaux, des services médicaux et des services de santé mentale adéquats. Bien sûr, on pourrait intégrer tout cela en un seul système, ce qui obligerait les patients qui habitent à l'Île-du-Prince-Édouard à se rendre à Halifax pour bénéficier, entre autres, de certains de ces services de pointe. Il y a ici un parallèle avec la situation à laquelle vous faites face.

Senator Kirby and I have had discussions, together and separately, with various provincial ministers of health about how we might be able to come up with a report that would make it easier for you to walk through this system.

It seems to me that you are imminently positioned, with your culture and so forth, to construct and provide the community systems you need, which would be a combination of primary care, social services, et cetera, and building on top of that platform, that infrastructure, you could provide good community mental health services, deal with the whole nine yards in policy and money, when people are out of money, et cetera. Then you would need to go up to a stage two, or level two of care where you have to get your mentally ill patients into a provincial system some place, because the systems are all provincial. Indeed, when you get up to level three, you fundamentally are back into a national system, even though those systems are provincially controlled, because there are only a few major sophisticated centres in the country.

The question then becomes, what construct, what structural framework will work best for you in order to design that system? Senator Kirby just raised one possibility for you, which you quickly dismissed, and that was, flow resources to the provinces and let the province work with you. Fundamentally you said “No, culturally we cannot have that. If the money is to flow to anybody, let it come to us and we will construct whatever system we need,” which I have tried to just describe, drawing out of your presentation, “And we will fund it as we see necessary.” Thus we must grapple with this in our report.

Ms. Linklater: I also said at the beginning that we are open to and have always been receptive to sharing within our co-existence a collaborative relationship. I did not dismiss outright or in totality the opportunity for engaging in partnerships, because we have already demonstrated that we are engaged in partnerships.

Senator Keon: I understood that very clearly. I am trying to simplify things, but clearly you cannot live without partnerships, and you did say that very clearly. However, from our point of view — let me add the other piece which came up this morning in Dr. Mignone’s presentation, and that is accreditation, which I think is absolutely essential. Senator Kirby and I have not discussed this yet, but in my opinion this will find its way into our report, and we will discuss it later. I think it is absolutely essential that you have accreditation at every level, even your little peripheral operations where it may just be a nurse, up to the bigger community clinics which will have primary care specialists, nurses, doctors, social workers, psychologists, et cetera, so that you have this ongoing feedback in the design and function of your system.

Le sénateur Kirby et moi-même avons eu des discussions, ensemble et séparément, avec divers ministres provinciaux de la santé au sujet de ce que nous pourrions faire pour en arriver à un rapport qui nous aiderait à nous orienter plus facilement dans les méandres de ce système.

Il me semble que vous êtes bien en position, grâce à votre culture entre autres, d’établir et d’appliquer les systèmes communautaires dont vous avez besoin, qui formeraient une combinaison de soins primaires, de services sociaux et ainsi de suite, et, à partir de cette plate-forme ou de cette infrastructure, vous pourriez offrir de bons services communautaires de santé mentale, et vous pourriez même aller jusqu’au bout sur le plan stratégique et financier, par exemple pour aider les gens qui manquent d’argent. Dans ce cas, il faudrait que vous passiez à l’étape ou niveau 2 dans le secteur des soins lorsque vous devez transférer des patients qui souffrent de troubles mentaux dans un endroit du système provincial, car les systèmes sont tous provinciaux. De fait, lorsque vous passez au niveau 3, vous revenez essentiellement à un système national, même si ces systèmes sont contrôlés par les provinces, car il n’y a que quelques grands centres de pointe au pays.

La question qui se pose alors est la suivante : quel mécanisme, quel cadre structurel vous permettrait le mieux de concevoir ce système? Le sénateur Kirby vient tout juste de vous proposer une option, que vous avez écartée rapidement, soit celle de transférer les ressources aux provinces et de laisser ces dernières s’arranger avec vous. Essentiellement, vous avez dit : « Non, sur le plan culturel, nous ne pouvons pas fonctionner comme ça. Si l’argent doit être transféré à quelqu’un, que ce soit à nous, et nous établirions le système dont nous avons besoin », ce que je viens tout juste d’essayer de décrire, en m’inspirant de votre exposé, où vous avez dit : « Et nous financerons le tout comme nous l’entendrons, selon nos besoins. » Par conséquent, nous devons essayer de régler la question dans notre rapport.

Mme Linklater : J’ai également dit au début que nous étions ouverts, et l’avons d’ailleurs toujours été, à l’idée d’échanger ensemble et de coexister dans un climat axé sur la collaboration. Je n’ai pas rejeté ouvertement ni complètement l’idée d’établir des partenariats, car nous avons déjà montré que nous pouvons le faire.

Le sénateur Keon : J’ai très bien compris ça. J’essaie de simplifier les choses, mais, de toute évidence, vous ne pouvez pas survivre sans partenariats, ce que vous avez d’ailleurs précisé très clairement. Toutefois, de notre point de vue — permettez-moi d’aborder l’autre question que le Dr Mignone a soulevée ce matin dans le cadre de son exposé, soit celle de l’agrément, que je considère comme étant absolument essentiel. Le sénateur Kirby et moi-même n’avons pas encore discuté de cela, mais je crois bien qu’on en tiendra compte dans notre rapport et que nous en discuterons plus tard. Je crois que vous devez absolument avoir un mécanisme d’agrément à tous les échelons, même pour de petits établissements en périphérie, où il pourrait y avoir uniquement une infirmière, jusqu’aux cliniques communautaires plus grosses, où on aura des spécialistes des soins primaires, des infirmières, des médecins, des travailleurs sociaux, des

Let me come back to you, Ms. Linklater.

Ms. Linklater: I have a lot of hope riding on the first minister's meeting that will take place in the fall, as well.

Senator Keon: Yes. It will take you years and years — some years, anyway, to put in place what you really need, right?

Ms. Linklater: Yes.

Senator Keon: If the vision for it could be clearly developed, it will come. Would you then take a couple of minutes and tell us, if you were queen of the world, what you would envision and what you would implement?

Ms. Linklater: For a "constructural" framework that would best work for the design of a system with respect to mental health, mental illness and addictions, if I were the Chief of Canada I would say that we need to look, first of all, at the community resource base, and that means people. If we can look fundamentally at the first premise of how to strengthen an individual's community, then that will have the impact of addressing problems of people being institutionalized, whether they are in penal institutions within the justice system or in mental health institutions. Certainly, I know that some physiological or biological things happen to people, whether it is at birth or through time, and that there are complications and mental disorders that sometimes require institutionalization. However, I think that the part of mental health and mental illness and addictions that is not looked at enough, and that is probably a complexity, is that people are seeking to adjust within their cultural self-worth, and that builds on a resilience for human nature or the human being to be a part of self-respect, self-recognition, and be part of a community, to strengthen the family, to be responsible, as well as be entitled to what all other people have with respect to services.

Therefore, I would say that it is important to look at the cultural underpinnings and the relationships first, as a foundation for that structure. It must be community-based health in a broader context but, as you say, when we get into — I think that if we look at that in a big way, a big investment is made just in looking at the strength of the individual in the community, that we would see less people requiring more complex mental health, mental illness and addictions treatment and institutional services.

The Chairman: No question.

psychologues, et ainsi de suite de façon que vous ayez une rétroaction continue au sujet de la conception et du fonctionnement de votre système.

Permettez-moi de m'en remettre à vous de nouveau, madame Linklater.

Mme Linklater : Je fonde également beaucoup d'espoir sur la réunion que le premier ministre doit tenir à l'automne.

Le sénateur Keon : Oui. Ça va vous prendre des années et des années — quelques années en tout cas pour mettre tout ce dont vous avez vraiment besoin en place, n'est-ce pas?

Mme Linklater : Oui.

Le sénateur Keon : Si vous pouviez élaborer clairement une vision à cet égard, vous y arriverez. Pourriez-vous maintenant prendre quelques minutes pour nous dire : si vous gouverniez le monde, qu'est-ce que vous envisageriez de faire et qu'est-ce que vous mettriez en place?

Mme Linklater : Dans le but d'établir un cadre structurel qui serait le mieux adapté au système élaboré dans le domaine de la santé mentale, des troubles mentaux et des toxicomanies, si j'étais le chef du Canada, je dirais que nous devons tenir compte tout d'abord de notre bassin de ressources communautaires, c'est-à-dire les gens. Si nous pouvons, essentiellement, essayer avant tout de trouver le moyen de renforcer la communauté d'une personne, alors cela nous aidera à résoudre le problème des gens qui se trouvent en établissement, que ce soit dans un établissement pénitentiaire au sein du système de justice ou dans des établissements de santé mentale. Certes, je sais que les gens doivent faire face à certains troubles physiologiques ou biologiques, que ce soit un problème de naissance ou qui s'est déclaré plus tard, et que certaines complications et certains troubles mentaux exigent des traitements en établissement. Toutefois, je crois que, lorsqu'on parle de santé mentale ou de troubles mentaux et de toxicomanie, nous faisons souvent abstraction — et c'est probablement en raison de la complexité de la question — du fait, entre autres, que les gens cherchent à prendre confiance en eux-mêmes face à leur appartenance culturelle, ce qui les amène à améliorer leur nature humaine ou à devenir des êtres humains qui ont une meilleure estime de soi et reconnaissent leur propre valeur, ainsi qu'à vouloir faire partie d'une communauté, à renforcer leurs liens familiaux, à se montrer responsables et à avoir droit aux mêmes services que reçoivent tous les autres.

Par conséquent, je dirais que c'est important d'examiner tout d'abord les fondements culturels et les relations, avant d'établir cette structure. Il faut que ce soit des services de santé communautaires, dans un contexte plus large, mais, comme vous le dites, lorsque nous abordons — je crois que si nous envisageons les choses globalement, nous aurons déjà accompli beaucoup simplement en tirant parti des forces de chaque membre d'une communauté, et nous verrons ainsi moins de gens ayant besoin de traitements et de services en établissement pour des problèmes de santé mentale et de toxicomanie complexes.

Le président : Sans aucun doute.

Ms. Linklater: Then I would say that there is a necessity to look at how to strengthen services, as you mentioned, at the second level I think you called it, and the third level responsibilities, and that those existing institutions be enhanced to be inclusive of looking at the cultural dimensions in order to meet the particular issues of First Nations when it comes to healing. I am talking here of healing medically, mentally and spiritually, in the holistic way. I am not saying that we need to build new structures but we need to look at sometimes redesigning the programs and services as to how medicine or science applies its treatment services. We can also look at prevention. Thus I am looking at the spectrum of prevention and education as the first step, which then begs the question: what kind of services would there be then as far as treatment is concerned.

For example, there is the Addictions Foundation of Manitoba, where my husband works with addictions and with gaming addictions. Gaming is a new area of addiction for First Nations people. Thus the mandate needs to be broad. Of course, there is also the family violence issues. That is an illness that relates to abuse of elders, families and children. I think the thrust has to come from within the community and the people to gain that strength and build from there. Also, the institutions have to be changing at all levels.

Senator Keon: But the big investment has to come at the community level?

Ms. Linklater: It has to come at the community level where the people must do it for themselves: build that strength and capacity, and then be able to contribute towards how the changes can be made for the individuals who are not able to be healthy within that first level, the community level, but require the services, at levels two, three or four, whether it is mental health institutions or penal institutions, and so forth.

Senator Keon: I think you have been very clear. I can read what you are trying to say very clearly. I hope we can express it as clearly and be supportive of you, and I hope you achieve it some day.

The other interesting thing about this situation is that you have no aspiration to become queen of the world but you would like to be chief of Canada.

Senator Gill: I really enjoyed your presentation, Ms. Linklater. I think it confirms a great deal. I also liked your comments about the agencies, mainly. Sometimes it is good for the people; sometimes it makes people more sick, it seems, or it is like something else. Anyway, it confirms, really, what we heard yesterday from the chiefs from the Assembly of Manitoba.

Mme Linklater : Et puis, je dirais que nous devons déterminer comment nous y prendre pour renforcer les services, comme vous l'avez mentionné, au deuxième niveau — je crois que c'est l'expression que vous avez employée — de même que les responsabilités au troisième niveau, sans compter que les établissements actuels doivent être améliorés de façon qu'ils tiennent compte des dimensions culturelles et qu'ils répondent aux besoins spéciaux des Premières nations en matière de guérison. Je parle ici de guérison sur le plan médical, psychologique et spirituel, bref d'un point de vue holistique. Je ne dis pas que nous devons établir de nouvelles structures, mais nous devons revoir de temps en temps les programmes et les services et déterminer dans quelle mesure la médecine ou la science s'applique aux services de traitement offerts. Par conséquent, lorsque je regarde, *a priori*, toute la gamme des services de prévention et d'éducation, je ne peux m'empêcher de me poser la question suivante : quel genre de service y aurait-il alors sur le plan des traitements?

Par exemple, il y a la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances, où mon mari œuvre auprès de toxicomanes et de joueurs compulsifs. Le jeu compulsif est une nouvelle dépendance pour les membres des Premières nations. Par conséquent, le mandat doit être large. Bien sûr, il y a aussi les problèmes de violence conjugale. C'est une maladie touchant les personnes qui maltraitent les Aînés, leur famille et leurs enfants. Je crois que l'aide doit venir de la communauté, et les gens doivent y puiser la force d'améliorer les choses. En outre, les établissements doivent changer à tous égards.

Le sénateur Keon : Mais le plus gros du travail doit se faire au niveau communautaire, n'est-ce pas?

Mme Linklater : Il doit se faire au niveau communautaire, dans la mesure où les gens doivent faire leur part, c'est-à-dire : accroître leurs forces dans ce domaine et renforcer leurs capacités; puis, les communautés doivent être en mesure d'apporter les changements requis lorsque des gens n'arrivent pas à retrouver la santé au premier niveau, soit au niveau communautaire, et qu'ils ont donc besoin de services aux niveaux 2, 3 ou 4, que ce soit en établissement de santé mentale ou en établissement pénitentiaire, ou autre.

Le sénateur Keon : Je trouve que vous avez été très claire. Je comprends ce que vous essayez de dire : vos propos sont très clairs. J'espère que nous pourrions exprimer le tout aussi clairement et que nous pourrions vous appuyer dans vos efforts, et j'espère que vous arriverez au bout de vos peines.

Autre chose intéressante relativement à cette situation : vous n'aspirez pas à gouverner le monde, mais vous aimeriez être le chef du Canada.

Le sénateur Gill : J'ai beaucoup aimé votre exposé, madame Linklater. Je crois que ça confirme beaucoup de choses. J'aurais aussi aimé obtenir vos commentaires au sujet des organismes, notamment. Parfois c'est quelque chose qui aide les gens, et parfois, il semble qu'ils deviennent encore plus malades, ou il y a autre chose. Quoi qu'il en soit, cela confirme vraiment ce que nous avons entendu hier de la part des chefs de l'Assemblée des chefs du Manitoba.

You see, for example, I will take your first point at the bottom of page 10, where you say that First Nations must lead every step of the way in working with the Crown governments and their departments, as well as academic institutions, et cetera. I think this is the thing that people sometimes have difficulty understanding. While we are talking about health services and things like that, you are talking about political structures; you are talking about culture. It is very difficult, usually, when doing that to be understood by the public in general, because people are asking themselves sometimes why the Aboriginal people are following that route. Are they asking for some special treatment? As you know, the treatment or the services are there for the non-native, so why not have the same services for the Aboriginal people across the board? On a rational basis, people used to say that. I have been hearing that a lot all over, but mainly in Ottawa. This is the place where we hear all kinds of things, good and bad.

I know it is very difficult to make this point because people have difficulty in imagining that, at the beginning, the objective of the government was integration, meaning assimilation at that time, and that was the case for a long time. I have been living on the reserve, so I know that. Assimilation means that you have to become the same as everybody else, so the same services should apply to the Aboriginal people in the same way as they apply to the others. It is very difficult to make people understand that. I think it has to be repeated, even though we have been hearing that quite often across the board. It is always difficult to obtain something.

Also when you said that First Nations must lead every step of the way, if it is every step it should not start only at the provincial level; it should start at the national level. What I mean is that the Assembly of First Nations eventually have to deal with the Indian Affairs Department, but eventually I imagine they should be dealing with Parliament, or with the government directly instead of going through all of the machinery of Indian Affairs. Even at the regional level, in Manitoba or in Winnipeg here, you have a regional office and you must go through the regional office; you must go through the health services agency. Those people have been dealing with the public servants in Ottawa, and they decide the policies that should apply across the country.

I would like to hear your comment about that. I imagine that, in order to be able to control your own system, you would eventually like to see the budget being dealt with directly by Parliament, or perhaps by the minister responsible, but not through the public servants. What is your comment on that? Remember that they establish the conditions.

Ms. Linklater: I will start by saying that for too long we have been 'administrated' by a federal department, so we have asked for a dialogue to begin in order to put in place a relationship building process; to begin to look at ensuring that there is a direct relationship with the Crown, so that we can begin to consider

Voyez-vous, je pourrais reprendre, par exemple, votre premier point au bas de la page 10 où vous dites que les Premières nations doivent diriger le tout à chaque étape, en collaboration avec le gouvernement fédéral et ses ministères, de même qu'avec les établissements universitaires et autres. Il me semble que c'est la chose que les gens ont parfois le plus de difficulté à comprendre. Nous parlons de services de santé et d'autres choses du genre, tandis que vous parlez de structures politiques et de culture. C'est généralement très difficile, lorsqu'on fait ça, de se faire comprendre par le grand public, car les gens se demandent parfois pourquoi les Autochtones suivent cette voie. Demandent-ils des traitements spéciaux? Comme vous le savez, les traitements ou les services offerts à la population en général sont là; alors, pourquoi ne pourrions-nous pas offrir les mêmes services aux Autochtones à l'échelle du pays? C'est ce que les gens ont l'habitude de dire en essayant de rationaliser le tout. J'ai beaucoup entendu cela un peu partout, mais surtout à Ottawa. C'est l'endroit où on entend ce genre de choses, que ce soit des commentaires positifs ou négatifs.

Je sais que c'est très difficile de soutenir cet argument, car les gens ont de la difficulté à imaginer que, au début, le gouvernement avait pour objectif l'intégration, c'est-à-dire l'assimilation à l'époque, ce qui a été le cas pendant longtemps. J'ai vécu dans la réserve, alors je sais bien ce que c'est. Dans un contexte d'assimilation, on doit devenir pareil les uns aux autres, de sorte que les Autochtones devraient avoir droit aux mêmes services que les autres. C'est très difficile de faire comprendre cela aux gens. Je crois qu'on doit le répéter, même si nous l'entendons assez souvent un peu partout. C'est toujours difficile d'obtenir quelque chose.

En outre, lorsque vous avez dit que les Premières nations doivent diriger le tout à chaque étape du processus si c'est bel et bien à chaque étape, cela devrait commencer non seulement à l'échelle provinciale, mais aussi à l'échelle nationale. Je m'explique : l'Assemblée des Premières nations doit tôt ou tard traiter avec le ministère des Affaires indiennes, mais j'imagine qu'elle doit tôt ou tard traiter également avec le Parlement, ou directement avec le gouvernement, au lieu de passer par tout l'appareil des Affaires indiennes. Même à l'échelle régionale, au Manitoba ou ici même à Winnipeg, il y a un bureau régional par lequel on doit passer; on doit passer par l'organisme des services de santé. Ces gens traitent avec les fonctionnaires d'Ottawa, qui décident des politiques qui devraient s'appliquer partout au pays.

J'aimerais connaître vos commentaires à ce sujet. J'imagine que, pour être en mesure de contrôler votre propre système, vous aimeriez que le budget finisse par être administré directement par le Parlement, ou peut-être par le ministre responsable, mais pas par les fonctionnaires. Qu'en pensez-vous? Rappelez-vous qu'ils établissent les conditions.

Mme Linklater : Pour commencer, je dirai que nous sommes « administrés » depuis trop longtemps par un ministère fédéral; par conséquent, nous avons demandé qu'on amorce le dialogue afin de commencer à mettre en place un processus visant à établir des relations et afin de commencer à veiller à ce qu'on entretienne

having institutions that give respect to that relationship, which was based on treaty. For us, that is really paramount.

In order to begin looking at such a relationship, however, I would point out that there is a gap — I will call it a gap — in the relationship between the constitutional arrangements as set out by Canada, having established an administrative body called Indian Affairs, whose powers in this regard are now delegated to a federal department called Health Canada, to FNIHB, and that structure filters the money. This has all happened, mark you, without our involvement.

Therefore, what we are asking is that consideration be given to establishing an entity which requires a direct relationship to, if not the Prime Minister then to the Privy Council; to primary decision-making bodies that have a fiscal arrangement directly with First Nations, and a direct First Nations-to-federal government relationship, a nation-to-nation relationship, if you like. As what may at one time have been identified as — let us look at what the Charlottetown accord said with respect to a third order of government. I am not saying re-open the constitutional discussions, but let us look at borrowing that Charlottetown accord process that said, let us strike up what they called a third order of government, which speaks to a direct relationship, so that we, as First Nations, do not have to be filtered through a provincial or a federal decision-making process. I see that we are getting closer to that kind of arrangement. If we are to have it as it was in that accord — and I have a copy of that in my briefcase — that was struck between the Prime Minister and the national office for a policy decision-making body arrangement, that is created according to that accord, it would be called a First Nation Federal Crown Accord. That would be going beyond, I hope, more than a policy exercise, but we will be looking at implementation of policies that would be more reflective of a genuine relationship.

That, then, requires not only looking at socio-economic issues but requires that a fiscal arrangement be in place. That fiscal arrangement, as I see it, needs to come directly to the First Nations people. What that entity will be has yet to be identified by the people through a dialogue with the federal and provincial Crown, which I hope will be coming through when we look at that new accord that is in place, because there is an accord already in place with other national Aboriginal organizations, as they are classified, as being recognized by Canada. There is the Metis Nation Council, the Native Women's Association of Canada, and the Inuit organization, and also the Congress of Aboriginal People.

We do have our political issues as well with respect to representation, but I am hopeful that we will see a lessening of that gap that exists between the constitutional relationship; that

des relations directes avec l'État, de sorte que nous puissions commencer à avoir des institutions qui tiennent compte de ces relations, conformément au traité. C'est vraiment essentiel pour nous.

Avant de commencer à établir ce genre de relations, nous devons toutefois tenir compte, permettez-moi de le souligner, d'une lacune — sur le plan des relations du fait que, d'une part, les dispositions constitutionnelles établies par le Canada ont permis de créer un organisme administratif appelé les Affaires indiennes, et que, d'autre part, ses pouvoirs à ce chapitre sont maintenant délégués à un ministère fédéral, soit Santé Canada, ou plus précisément la DGSPNI, structure qui filtre l'argent. Cela s'est fait, notez bien, sans notre concours.

Nous demandons donc qu'on envisage d'établir une entité qui devrait avoir des relations directes, sinon avec le premier ministre, du moins avec le Conseil privé, ainsi qu'avec les principaux organismes de décision qui ont pris des dispositions financières directement avec les Premières nations, bref des relations directes entre les Premières nations et le gouvernement fédéral ou, si vous préférez, des relations de nation à nation. C'est quelque chose qu'on a peut-être déjà désigné comme — jetons un coup d'œil à ce que dit l'Accord de Charlottetown en ce qui a trait à un troisième ordre de gouvernement. Je ne dis pas que nous devrions rouvrir les discussions constitutionnelles, mais nous pourrions nous inspirer du processus dont on parle dans l'Accord de Charlottetown : mettons en place ce qu'on a appelé un troisième ordre de gouvernement, fondé sur des relations directes, de sorte que nous, les Premières nations, ne soyons pas obligés de passer par un processus décisionnel provincial ou fédéral. D'après ce que je peux voir, nous nous approchons de plus en plus de ce genre de dispositions. Si nous devons établir cela comme le veut cet accord — et j'en ai une copie dans mon porte-documents —, qui a été conclu entre le premier ministre et le bureau national en vue de dispositions stratégiques relatives à la prise de décisions, qui sont établies selon cet accord, on appellerait le tout un accord entre les Premières nations et le gouvernement fédéral. J'espère que l'on irait au-delà d'un simple exercice stratégique, mais nous envisagerons d'appliquer des politiques qui reflètent davantage de véritables relations.

Pour cela, il faut donc non seulement tenir compte des enjeux socio-économiques, mais aussi prendre des dispositions financières. Selon moi, ces dispositions financières doivent toucher directement les membres des Premières nations. Ces derniers ont encore à déterminer en quoi consistera l'entité par l'entremise d'un dialogue avec les gouvernements fédéral et provinciaux, ce qui devrait, je l'espère, se faire lorsque nous nous pencherons sur le nouvel accord qui est en place, car on a déjà conclu un accord avec d'autres organisations autochtones nationales, comme on les désigne, et comme elles sont reconnues par le Canada. Il y a le Ralliement national des Métis, l'Association des femmes autochtones du Canada et l'organisation inuite, de même que le Congrès des Peuples autochtones.

Nous avons également nos enjeux politiques en ce qui a trait à la représentation, mais j'espère que nous assisterons à une réduction de cette fameuse lacune qui existe au chapitre des

section 35 really is given full meaning; that there is to be a structure of some type of arrangement in place to give life to section 35, and that it brings us to the centre as equals, at parity of the First Nations to that of federal and provincial bodies.

Senator Gill: It is difficult to make just that point that you have tried to explain. However, suppose we have some success there; that the Indian Affairs Department is no longer there as such, and you are then dealing with the Privy Council, or with a minister appointed by the government to deal with the Aboriginal First Nations. Suppose that you are able to deal with those people. Then after that, when you have the control, when you can establish your own priorities and your own conditions and policies, and things like that, once you have that, what will happen about the services that you would like to have, that you do not have on the reserve, and that you cannot provide through your own people because you do not have the expertise, or training, or whatever? What would you do then?

Ms. Linklater: I would say that you look then at the existing institutions that are provided through the provincial and federal jurisdictions, as I will call them, and that we then set about providing services for and by First Nations. However, why can there not be some interchange, and reciprocity of services, programs, delivery and policy work that could be done through a tripartite process, tripartite arrangements, or bilateral arrangements, whether they are bilateral between the provinces and the feds, or between the provinces and the First Nations, or the federal government and the First Nations peoples? There already exists the uncertainty and jurisdictional wrangling, as the Prime Minister called it. Let us lay out some arrangement whereby we can have an involvement of the First Nations. There is a way, I believe, whereby we can have an arrangement so that services of existing institutions can be maximized to support First Nations, as well as support the general population.

Senator Johnson: I think we have covered a lot of territory that I was about to ask you about. I am wondering, there are 115,000 First Nations people in Manitoba, and you say 56 per cent are on-reserve. Does that mean that 44 per cent are urban and non-treaty, or are they urban and treaty status in the cities? Do you have any figures on that?

Ms. Linklater: First of all, the accuracy of the statistics right now on the numbers is questionable. The sources is either the Indian Registry, Census Canada, or FNIHB's own data, but the reference to the 56 per cent of First Nations people on-reserve refers to First Nations who are the registered Indians, classified under the registry system, who are entitled to medical service

relations constitutionnelles, que l'article 35 sera réellement appliqué, qu'on établira une structure ou des dispositions qui permettent, quelles qu'elles soient, d'appliquer l'article 35, et que cela nous amènera sur la scène à titre d'égaux, de sorte que les Premières nations se trouvent sur le même pied que les organismes fédéraux et provinciaux.

Le sénateur Gill : Le point que vous avez essayé d'expliquer est difficile à soutenir. Toutefois, supposons que nous y arrivions, que le ministère des Affaires indiennes proprement dit n'existe plus, et qu'on traite directement avec le Conseil privé, ou avec un ministre chargé par le gouvernement de traiter avec les membres des Premières nations. Supposons que vous arriviez à traiter avec ces gens. Puis, après cela, lorsque vous avez le contrôle, lorsque vous pouvez établir vos propres priorités et vos propres conditions et politiques, entre autres choses, une fois que vous avez cela, qu'est-ce qui arrivera des services que vous auriez aimé avoir, mais qui ne sont pas offerts dans les réserves et que vous ne pouvez pas fournir par l'entremise de vos propres gens parce que vous n'avez pas, entre autres, l'expertise ni la formation requises? Que feriez-vous alors?

Mme Linklater : Je dirais qu'il faudrait alors examiner les institutions actuelles qui offrent des services par l'entremise des administrations provinciales et fédérales, comme je les appellerai, et puis entreprendre d'offrir des services aux Premières nations par l'entremise de leurs propres administrations. Néanmoins, pourquoi ne pourrait-il pas y avoir des échanges mutuels et une réciprocité des services, des programmes, des modes de prestation et des activités stratégiques, qui pourraient se faire par le truchement d'un processus tripartite, de dispositions tripartites ou bilatérales, que cette action bilatérale se passe entre les provinces et le gouvernement fédéral ou entre les provinces et les Premières nations, ou bien entre le gouvernement fédéral et les membres des Premières nations? Il existe déjà un climat d'incertitude et des disputes juridiques, pour reprendre les mots du premier ministre. Essayons d'établir des dispositions qui favorisent la participation des Premières nations. Je crois que nous pourrions trouver le moyen d'établir des dispositions pour que les services des institutions actuelles soient maximisés de façon qu'ils permettent de soutenir les Premières nations, en plus de la population en général.

Le sénateur Johnson : Je crois que nous avons abordé beaucoup de points dont je voulais discuter avec vous. Je me demande : il y a 115 000 membres des Premières nations au Manitoba, et vous dites que 56 p. 100 sont dans les réserves. Est-ce que cela signifie que 44 p. 100 se trouvent en région urbaine et ne sont pas visés par un traité, ou bien sont-ils des Indiens visés par un traité qui habitent en région urbaine et dans les villes? Avez-vous des statistiques à cet égard?

Mme Linklater : Tout d'abord, l'exactitude des statistiques actuelles à ce chapitre est incertaine. Les sources sont soit le Registre des Indiens, Recensement Canada ou la DGSPNI elle-même, mais lorsqu'on parle d'une proportion de 56 p. 100 des membres des Premières nations qui vivent dans des réserves, on désigne ceux qui sont des Indiens inscrits et

benefits for health. Those who are off-reserve, are they classified as registered Indians under the federal system?

Senator Johnson: Are you saying that the services that they receive on-reserve would be different than the services received by the ones in the city in terms of access to care?

Ms. Linklater: Yes. As long as you do not leave. There is a residency issue there, that once you have been away in hospital for three months, then you no longer have that benefit; you then must go to the province. There are other complications that can arise, such as if you go away to school, or if you leave and then you have palliative care requirements, you cannot go back to your community because medical services does not pay for your trip back home to die with dignity. You must take care of your own costs.

Senator Johnson: Yes, that is one of the things that has to be corrected, absolutely. It leads me to ask you, you talk about a culturally relevant holistic model of care. Would you mind elaborating on that, as it would be doable in both settings in which you are involved, reserve and off-reserve? I think it is a critical part of the whole process of healing and of delivery of care, but I think, too, it has to be really organized in terms of the two populations.

Ms. Linklater: We see ourselves as one whole population, and geography does not make a difference to us, but we know that physically and geographically —

Senator Johnson: I am talking physically, not culturally.

Ms. Linklater: The same application of programs and service context or content, philosophy or foundation treatment can be the same whether you are on- reserve or off-reserve. It does not matter: the same principles, the same goals, the vision of prevention, education and treatment would be the same, no matter where you live.

It can be applied to non-First Nations programs and services as well, if there is an acceptance to having that kind of holistic, spiritual, mind, body, cultural foundation. Physiological, spiritual, emotional, mental, that is culturally based and relevant to you, however you see that philosophy being helpful to you as a human being in your lifestyle. In the same way that many people who go to see other cultures, like the Chinese or the Asian cultures, or the Hindu cultures, and find them helpful to them in their healing journey, the same would be true here.

répertoriés dans le système du Registre, qui sont admissibles aux services de santé. Ceux qui ne vivent pas dans des réserves sont-ils répertoriés comme des Indiens inscrits en vertu du système fédéral?

Le sénateur Johnson : Voulez-vous dire que les services qu'ils reçoivent dans les réserves sont différents de ceux offerts dans les villes sur le plan de l'accès aux soins?

Mme Linklater : Oui. Tant qu'on ne part pas. Il y a ici un enjeu touchant le lieu de résidence, par exemple quelqu'un qui a dû passer trois mois à l'hôpital perd alors cet avantage et doit accéder aux services provinciaux. On peut faire face à d'autres complications, par exemple : si on doit s'en aller pour étudier ou pour autre chose et qu'on doive ensuite recevoir des soins palliatifs, on ne peut revenir dans sa communauté, car les services médicaux ne comprennent pas l'allocation de fonds pouvant permettre à la personne de retourner chez elle pour mourir avec dignité. On doit assumer ses propres coûts.

Le sénateur Johnson : Oui, c'est l'une des choses qu'on doit corriger, tout à fait. Cela me porte à vous demander : vous parlez d'un modèle de soins holistique, qui tient compte des différences culturelles. Auriez-vous l'obligeance d'élaborer là-dessus, étant donné que nous pourrions le faire dans les deux milieux qui vous concernent, soit dans les réserves et à l'extérieur des réserves? Je crois que c'est une partie essentielle de l'ensemble du processus de guérison et du mécanisme de prestation des soins, mais je crois aussi qu'il faut vraiment l'organiser en fonction des deux populations.

Mme Linklater : Nous nous voyons comme une seule grande population, et les distances géographiques ne font pas de différence pour nous, mais nous savons que, sur le plan physique et géographique...

Le sénateur Johnson : Je parle de cela sur le plan non pas culturel, mais physique.

Mme Linklater : On peut appliquer de la même façon les programmes et les services en fonction de leur contexte ou de leur contenu, ou bien de leur fondement théorique ou de leur fondement pratique, de sorte que les traitements soient les mêmes qu'on habite dans les réserves ou non. Ça n'a pas d'importance : les mêmes principes, les mêmes objectifs et la même vision touchant la prévention, l'éducation et le traitement, quel que soit l'endroit où on habite.

On peut également appliquer cela aux programmes et services s'adressant à d'autres personnes que les Premières nations, dans la mesure où on accepte d'avoir ce genre de fondement holistique, spirituel, psychologique, corporel et culturel. Ce fondement physiologique, spirituel, émotionnel et mental doit être sensible aux différences culturelles et être pertinent pour vous, peu importe la façon dont vous estimez que la philosophie peut être utile pour vous à titre d'être humain, dans votre mode de vie. Ce serait pareil au cas de tous ces gens qui veulent voir d'autres cultures, comme la culture chinoise, la culture asiatique ou la culture hindoue, et qui trouvent leur voyage utile et bénéfique, bref ce serait vrai ici également.

Senator Johnson: Right. When we were doing our Urban Aboriginal Youth Study in the Senate two years ago, we had statistics showing the number of young people of First Nations culture, and half the population was under the age of 25. That is still accurate, right?

Ms. Linklater: Yes, that is true.

Senator Johnson: What is being done in terms of involving those young people more and more? When we meet with and talk to the youth councils, there are some very proactive young people, and they really want to get involved and do more. However, many of the ones that we met were in the urban centres. We went outside of the urban centres as well, but the spokespeople were groups within the urban centres. What about the other young people on-reserve?

Ms. Linklater: There is a national body of a youth council, and there are regional youth council. Those also exist in the communities, a sort of youth representation. One of the problems that they have is access to funding. There is really no specific funding for youth engagement at the community level for, say, the youth suicide strategies.

In Manitoba here, we have funding for youth through the Assembly of Manitoba Chiefs, but every year we fight for that funding. We sometimes do not get our funding until October. Our own budget, our core budget at our office covers the staff so that they do not have to be, shall we say, laid off from there. However, that has been a constant struggle for us.

There is a direct relationship between the youth council of our region and the community of Winnipeg, with other linkages to other urban centres, and the youth council directly works with the communities. They go to the communities; they have a strong relationship with the young people; they have camps for youths — more now focused on youth suicide because that has been a big problem for the young people. They want to be engaged; they would like to be with their own peer group to share those experiences and not be — how do I say it — they want to have their own peer group program, counselling and support systems that is given some respect. They do have elders working with them as well, and they have cultural teachings, and also many of them have academic training, so there is a blend of education and teaching.

Senator Johnson: Are they satisfied with some of the programs? We saw a lot of very positive programs, the ones in Winnipeg, for example, the Aboriginal Centre and Thunderbird House. I think there are some very positive things happening as well that we should talk about in terms of the overall work being done. Do you have any comment to make on that, such as are there other

Le sénateur Johnson : D'accord. Lorsque nous avons mené notre étude sur les jeunes Autochtones en milieu urbain au Sénat il y a deux ans, nous avions obtenu des statistiques révélant le nombre de jeunes appartenant à la culture des Premières nations, dont la moitié étaient âgés de moins de 25 ans. Est-ce encore vrai?

Mme Linklater : Oui, c'est vrai.

Le sénateur Johnson : Que faisons-nous afin de mobiliser de plus en plus ces jeunes? Lorsque nous rencontrons les conseils de jeunes et que nous discutons avec eux, nous constatons que certains jeunes sont très proactifs et qu'ils veulent participer à tout ça et faire plus. Toutefois, bon nombre des jeunes que nous avons rencontrés vivaient dans des centres urbains. Nous sommes allés également à l'extérieur des centres urbains, mais les porte-parole étaient des groupes formés au sein des centres urbains. Qu'en est-il des autres jeunes qui vivent dans les réserves?

Mme Linklater : Il y a un conseil de jeunes à l'échelle nationale, et un autre à l'échelle régionale. Il y en a aussi dans les communautés, qui représentent en quelque sorte les jeunes. Parmi les problèmes auxquels ils font face, mentionnons les difficultés d'accès au financement. Il n'y a pas vraiment de fonds alloués spécifiquement à des activités visant à mobiliser les jeunes à l'échelle communautaire, par exemple dans le cadre de stratégies de la prévention du suicide chez les jeunes.

Ici même, au Manitoba, nous avons des fonds offerts aux jeunes par l'entremise de l'Assemblée des Chefs du Manitoba, mais nous devons nous battre chaque année pour obtenir ce financement. Il arrive parfois que nous le recevions seulement en octobre. Notre propre budget, le budget principal de notre bureau couvre les salaires de notre personnel, de sorte qu'ils ne risquent pas, disons, d'être licenciés. Toutefois, nous devons constamment nous battre pour y arriver.

Le conseil de jeunes de notre région a établi des relations directes avec la communauté de Winnipeg, sans compter qu'il a d'autres liens avec des centres urbains et qu'il œuvre directement auprès des communautés. Il va vers les communautés, établit des relations solides avec les jeunes et offre des camps pour les jeunes — il est maintenant axé davantage sur la prévention du suicide chez les jeunes, car c'est un gros problème chez les jeunes. Ils veulent se mobiliser et faire partie de leur propre groupe de pairs, afin de faire part à d'autres de leurs expériences et de ne pas être — comment dirais-je — ils veulent avoir leur propre programme de groupe de pairs et obtenir un certain respect face à leurs systèmes de counselling et de soutien. Ils ont également des aînés qui travaillent auprès d'eux, ainsi que des enseignements culturels, sans compter que bon nombre d'entre eux ont une formation universitaire, de sorte qu'ils offrent une bonne combinaison d'éducation et d'enseignement.

Le sénateur Johnson : Sont-ils satisfaits de certains des programmes? Nous avons vu un grand nombre de programmes très positifs, par exemple, à Winnipeg, le Aboriginal Centre et la Thunderbird House. Je crois qu'il y a des choses très positives qui arrivent également, de sorte que nous devrions discuter du travail effectué globalement. Avez-vous des commentaires à faire à ce

programs on which you could enlighten the committee that are really being helpful in this whole area of mental health?

Ms. Linklater: We also have a very strong active First Nations women's group within our region, as well as nationally. They also go internationally, to the international forums to express the views of women with respect to health, mental health, family violence, protection of children, and also with respect to our citizenship. By virtue of the fact that Indian Affairs' policy is that some communities, like for example the Brokenhead First Nations, studies have told them that within the next generation or two, there will not be any registered Indians in that group, and that is the end of the line as far as looking at whether or not they are recognized as First Nations people. That is another area that we are working with.

Senator Johnson: One thing you said was that, in future, you would like to deal with the Privy Council as opposed to any other arm of government. Does that mean that you would like to see the Department of Indian Affairs —

Ms. Linklater: Disappear?

Senator Johnson: Yes.

Ms. Linklater: That is the focus of the self-government process, is to downsize or to displace, I will call it, the Department of Indian Affairs. Not just that department but any other federal department that has a direct, specific service or program on First Nations. As First Nations, we do not want to have to just take what they give us, even if it is faulty; we do not want to inherit something that is already problematic. The idea of self-government is that you scale down the requirement for having a direct responsibility held by a government for you. That is what we aspire to. The fiduciary responsibility does not necessarily get eliminated, but to the extent that First Nations have their powers and authorities held by themselves, the entitlements and obligation, then go with that —

Senator Johnson: Why did the Nault initiative fail, in your opinion?

Ms. Linklater: It failed because it was not initiated with or by First Nations people.

Senator Johnson: Did you not see anything positive in it?

Ms. Linklater: I would say the Nault report was not unique in that it was not a creation of ideas just unto itself; it borrowed from what we were already working on, as far as self-government processes and discussions with government through the constitutional accords such as Meech Lake and Charlottetown, for example. Those were already in place. It was just presented as a package that we were supposed to accept, and that was not acceptable to have it done in Ottawa and imposed upon us. It was accepted by some groups and some bodies or organizations across the country, but in the way it was done it was an imposition.

sujet, par exemple : existe-t-il d'autres programmes dont vous pourriez faire part au comité, qui sont vraiment très utiles dans l'ensemble du secteur de la santé mentale?

Mme Linklater : Nous avons également un groupe de femmes des Premières nations très actif dans notre région, ainsi que dans l'ensemble du pays. Les femmes participent également à des tribunes internationales où elles peuvent exprimer leur opinion dans le secteur de la santé, de la santé mentale, de la violence familiale, de la protection des enfants et également de notre citoyenneté. Conformément à la politique des Affaires indiennes, dans certaines communautés, comme les Premières nations de Brokenhead, des études ont révélé que, d'ici la prochaine ou les deux prochaines générations, il n'y aura plus d'Indiens inscrits dans ce groupe, et c'est la fin pour ce qui est de déterminer si ces gens sont reconnus comme des membres des Premières nations. C'est une autre question sur laquelle nous nous penchons.

Le sénateur Johnson : Entre autres choses, vous avez dit que, à l'avenir, vous aimeriez traiter avec le Conseil privé, plutôt qu'avec tout autre représentant du gouvernement. Est-ce que cela signifie que vous aimeriez voir le ministère des Affaires indiennes...

Mme Linklater : Disparaître?

Le sénateur Johnson : Oui.

Mme Linklater : Le processus d'autonomie gouvernementale met l'accent sur l'importance de rationaliser ou de déplacer si je peux appeler ça comme ça, le ministère des Affaires indiennes. Non seulement ce ministère, mais aussi tout autre ministère fédéral qui a des services ou programmes directs et spécifiques à l'intention des Premières nations. À titre de Premières nations, nous ne voulons pas être obligés de prendre ce qu'ils nous donnent surtout si cela est bancal; nous ne voulons pas hériter de quelque chose qui pose déjà problème. L'idée derrière l'autonomie gouvernementale est de s'assurer que le gouvernement a moins besoin d'assumer une responsabilité directe pour nous. C'est ce à quoi nous aspirons. La responsabilité fiduciaire n'est pas nécessairement éliminée, mais dans la mesure où les Premières nations détiennent leurs propres pouvoirs et autorités, alors les droits et obligations qui s'y rattachent...

Le sénateur Johnson : À votre avis, pourquoi l'initiative de Ault a-t-elle échoué?

Mme Linklater : Elle a échoué parce qu'elle n'a pas été lancée avec ou par les membres des Premières nations.

Le sénateur Johnson : N'y avez-vous rien vu de positif?

Mme Linklater : Je dirais que le rapport Nault n'était pas unique, puisque ce n'était pas à proprement parler de nouvelles idées : il s'inspirait de mesures que nous avons déjà entreprises dans le cadre de processus et discussions touchant l'autonomie gouvernementale en collaboration avec le gouvernement par le truchement d'accords constitutionnels comme ceux du lac Meech et de Charlottetown, par exemple. Ces instruments étaient déjà en place. On a dû simplement présenter cela comme une trousse que nous étions censés accepter, mais ce n'était pas acceptable que ça se fasse à Ottawa et qu'on veuille nous l'imposer. Le tout avait été

Senator Johnson: You were not leading it?

Ms. Linklater: We were not leading, and we did not accept the approach.

The Chairman: Are there any last questions or comments?

Senator Pépin: I have to admit that my question regarding the support system for youth has been answered. The only other thing, also with respect to women and violence against women, I am quite involved in this issue, and I meet some of the women's representatives when they come to Ottawa. I only hope that our committee will be able to make a good recommendation, where it will be possible to have a true partnership with the Aboriginal community.

Senator Keon: One brief comment: Dr. Mignone, I did not have time to draw you out on your very important suggestion of accreditation. I wonder if you could commit your thoughts to paper, just a couple of pages, and send them to us? That would be helpful, if you would.

The Chairman: I thank the two of you for coming. I know we prevailed on your time a lot longer than we said we would, but thank you very much. You were really great.

The committee adjourned.

WINNIPEG, Wednesday, June 1, 2005

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, met this day at 1:05 p.m. to examine issues concerning mental health and mental illness.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, we have with us representatives of the Canadian Agricultural Safety Association. When I saw the name of your association, I had a quizzical look on my face. Then I looked at your material on stress and I understood exactly why you are here. Indeed, the stories of stress that we have heard from people in the farming community are legion.

We also have with us a group from the Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority. We have heard from some of your colleagues in the Winnipeg branch. We are delighted to have you here.

Mr. Albert Hajes, Regional Coordinator, Mental Health Programs, Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority: Good afternoon, Mr. Chairman and honourable senators. We represent mental health programs with

accepté par certains groupes, organismes ou organisations à l'échelle du pays, mais c'est en raison de la façon dont on s'y est pris, on essayait de nous l'imposer.

Le sénateur Johnson : Vous ne dirigiez pas cela?

Mme Linklater : Nous ne dirigeons pas cette démarche, et nous ne l'avons pas acceptée.

Le président : Avez-vous d'autres questions ou commentaires à formuler avant de terminer?

Le sénateur Pépin : Pour tout vous avouer, on a déjà répondu à ma question relative au système de soutien pour les jeunes. La seule autre chose, c'est tout ce qui a trait aux femmes et à la violence faite aux femmes, car je m'occupe pas mal de cette question, et je rencontre les représentants des femmes lorsqu'ils viennent à Ottawa. J'espère seulement que notre comité sera en mesure de présenter de bonnes recommandations, qui permettront de travailler en véritable partenariat avec la communauté autochtone.

Le sénateur Keon : Un commentaire bref : Dr Mignone, je n'ai pas eu le temps de vous poser des questions au sujet de votre proposition très importante en matière d'agrément. Je me demande si vous ne pourriez pas coucher vos idées sur papier, en quelques pages, et nous envoyer le tout? Ce serait très utile si vous pouviez faire ça.

Le président : Merci à vous deux de votre participation. Je sais que nous avons pris plus de temps que prévu, mais merci beaucoup. C'était vraiment formidable de vous avoir ici.

La séance est levée.

WINNIPEG, le mercredi 1^{er} juin 2005

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 13 h 5 pour examiner la santé mentale et la maladie mentale.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président : Honorables sénateurs, nous avons avec nous des représentants de l'Association canadienne de sécurité agricole. Lorsque j'ai vu le nom de votre association, je suis resté perplexe. Ensuite, j'ai regardé votre document sur le stress, et j'ai compris exactement pourquoi vous êtes ici. En fait, les histoires de stress que nous avons entendu raconter par des agriculteurs sont légion.

Nous avons également avec nous un groupe des programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon. Nous avons entendu certains de vos collègues de la division de Winnipeg. Nous sommes ravis que vous soyez ici.

M. Albert Hajes, coordonnateur régional, Programmes de santé mentale, Programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon : Bon après-midi, monsieur le président et honorables sénateurs. Nous représentons les programmes de soins

the Brandon Regional Health Authority and we want to express our appreciation to the committee for the opportunity to speak about some of our experiences.

Brandon is located in western Manitoba, and under the regional health authority structure, provides services for the City of Brandon and the immediate surrounding areas. It is also a regional referral centre for many programs in southwestern Manitoba, which includes five other regional health authorities.

In terms of mental health services, the current organizational structure replaced services that were formerly provided by the Brandon Mental Health Centre operated by the provincial Department of Health.

We have asked for this opportunity today because we believe that we have experiences in mental health that will be of interest to this committee and can contribute to the overall findings and conclusions contained in your final reports.

There are a number of themes that we wish to discuss and for each major theme, we have included a number of key issues. We will include recommendations to several priority areas that we believe are in need of immediate action to improve services and conditions for those affected by mental and emotional disorders.

We have been through the experience of mental health reform, and we have experienced the process of closing a large mental health facility. The Brandon Mental Health Centre in western Manitoba was the principal provider for both in-patient and out-patient mental health services and it served the western Manitoba area for over a century; it is closed. Services were planned for transition to a community model and implemented throughout the period of 1994-99.

Preparation for these reforms began, however, in the early 1990's through initiatives such as the relocation of long-term elderly patients to personal care homes. Additionally, to prevent acute care admissions from developing into long-term admissions with institutional dependencies, clients were returned quickly to the community with referrals for ongoing support to community mental health workers and physicians.

We believe that the closure has been successful and that the transition of services away from an institutional model has worked well for most of our clients in western Manitoba.

The preparation for closure occurred several years before the implementation process through the application of clinical procedures to prevent institutional dependency and long-term admission. As we approached mental health reform, and in anticipation of its implementation, we began changing some of our clinical procedures to ensure that we did not continue the cycle of institutional dependency.

en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon, et nous voulons vous dire à quel point nous apprécions que le comité nous ait invités à parler de certaines de nos expériences.

Brandon est située dans l'ouest du Manitoba. Selon la structure des offices régionaux de la santé, notre office dispense des services à la Ville de Brandon et dans les régions immédiates. C'est également un centre d'orientation régional vers de nombreux programmes dans le sud-ouest du Manitoba, qui comprend cinq autres offices régionaux de la santé.

En ce qui concerne les services de santé mentale, la structure organisationnelle actuelle a remplacé les services qui étaient auparavant offerts par le Centre de santé mentale de Brandon, qui est exploité par le ministère de la Santé provinciale.

Nous vous avons demandé de nous inviter à venir vous parler aujourd'hui parce que nous croyons avoir vécu des expériences en santé mentale qui vous intéresseront et qui pourront contribuer aux conclusions et résultats globaux de vos rapports finaux.

Nous aimerions aborder un certain nombre de thèmes. Pour chaque grand thème, nous avons inclus un certain nombre d'enjeux clés. Nous allons inclure les recommandations relativement à plusieurs secteurs prioritaires qui, selon nous, exigent une intervention immédiate, afin qu'on améliore les services et la situation des personnes aux prises avec des troubles mentaux et affectifs.

Nous avons vécu la réforme de la santé mentale, et nous avons vu ce que c'était de fermer un grand établissement de santé mentale. Le Centre de santé mentale de Brandon, dans l'ouest du Manitoba, était le principal fournisseur de services en santé mentale externes et internes, et il a servi la région de l'ouest du Manitoba pendant plus d'un siècle; aujourd'hui, il est fermé. On prévoyait transférer les services dans un modèle communautaire et commencer à les offrir au cours de la période de 1994-1999.

Cependant, on a commencé à préparer ces réformes au début des années 90, dans le cadre d'initiatives comme la réinstallation des patients âgés qui résidaient dans les établissements de soins de longue durée dans des foyers de soins personnels. De plus, pour éviter que les admissions en soins actifs ne deviennent des séjours de longue durée et n'entraînent une dépendance envers l'établissement, on renvoyait rapidement les bénéficiaires dans la collectivité, et on les aiguillait vers des travailleurs et des médecins en santé mentale dans la collectivité, afin qu'ils obtiennent un soutien continu.

Nous croyons que la fermeture s'est bien déroulée et que la transition des services du modèle institutionnel s'est bien déroulée pour la plupart de nos clients dans l'ouest du Manitoba.

On a commencé à préparer la fermeture plusieurs années avant le processus de mise en œuvre. On a appliqué des procédures cliniques pour empêcher la dépendance envers les établissements et les séjours de longue durée. À mesure que nous approchions de la réforme en santé mentale, et en prévision de son application, nous avons commencé à modifier certaines de nos procédures cliniques pour nous assurer de ne pas perpétuer le cycle de la dépendance envers les établissements.

A very important point is that with the closure of BMHC we had to go through a process of shifting the beliefs of patients and staff to one that supported the principle that people could live with mental illness disability in the community and have good quality of life including a greater participation and full citizenship. It required a shift in thinking away from the traditional institutional model not just in terms of the staff and the patients, but also in the general community.

We had to ensure that adequate services for acute care, psychogeriatric assessment and crisis intervention formerly provided through the Brandon Mental Health Centre were maintained and restructured within the general community.

It is a community misconception that the closure of the hospital means that there is a closure of services. In fact, all the services are maintained but are redirected into the community.

Some of the key principles that went with the closure of Brandon Mental Health Centre were, the development of access to normalized good quality housing and the employment and social recreational activities following a model of community integration. We undertook the provision of professional and paraprofessional services to support and sustain an acceptable standard of quality of life in a community setting. We worked at maintaining fiscal support for programs and services to sustain the community model. We hope to discuss these principles today, although we are more interested in talking about what we are doing now.

That leads to the second theme, which is really the development of residential, and community support services, which has been essential to maintaining clients in the community.

A transition of this magnitude was not possible without the development of strong community-based services within the general community to support clients. Considerable work was done prior to the implementation of mental health reform and the transition of services to strengthen the capacity of the service structure and the community to sustain clients.

Key principles included recruitment and training of proctor paraprofessional staff to provide close and frequent contact with clients to assist with their independent living. We worked for the establishment of skill development and capacity building for clients to acquire the abilities to function with relative autonomy. We helped our clients to gain access to resources and have greater participation within the community. We established the full spectrum of services that are needed to support clients in a normalized community setting. These services include programs such as the Centre for Adult Psychiatry, the Centre for Geriatric Psychiatry, the Child and Adolescent Treatment Centre and the Westman Crisis Service. Other services include the Adult Community Mental Health Program, the Psychosocial Rehabilitation Program, the Residential and Community Support Services Program and the Mental Health Services for

Un point très important, c'est que, à cause de la fermeture du Centre de santé mentale de Brandon, nous avons dû amener les patients et le personnel à laisser de côté leurs croyances pour accepter le principe selon lequel les gens peuvent vivre avec une maladie mentale dans la collectivité et avoir une bonne qualité de vie, notamment en y participant davantage à titre de citoyens à part entière. Il a fallu rajuster le tir en abandonnant le modèle institutionnel traditionnel non seulement auprès du personnel et des patients, mais aussi de la collectivité en général.

Nous devons nous assurer que des services adéquats en soins actifs, en évaluation psychogériatrique et en intervention d'urgence, anciennement dispensés par l'entremise du Centre de santé mentale de Brandon, étaient maintenus et structurés au sein de la collectivité générale.

Les gens croient à tort que la fermeture d'un hôpital entraîne l'interruption des services. En fait, tous les services sont maintenus, mais ils sont réorientés dans la collectivité.

Parmi les principes clés qui allaient de pair avec la fermeture du Centre de santé mentale de Brandon, mentionnons l'accès à des logements normaux de bonne qualité et des activités professionnelles, sociales et récréatives, suivant un modèle d'intégration communautaire. Nous avons entrepris d'offrir des services professionnels et paraprofessionnels pour soutenir et maintenir un niveau de vie acceptable dans la collectivité. Nous avons travaillé à maintenir le soutien financier des programmes et des services afin d'assurer la viabilité du modèle communautaire. Nous espérons parler de ces principes aujourd'hui, même si nous sommes plus intéressés à parler de ce que nous faisons actuellement.

Cela nous amène au deuxième thème, qui est, en fait, la mise au point de services résidentiels et de soutien communautaire, services sans lesquels il aurait été impossible de rétablir les clients dans la collectivité.

Une transition de cette envergure n'aurait jamais été possible sans l'élaboration de solides services communautaires, au sein de la collectivité générale, et permettant de soutenir les clients. Avant d'appliquer la réforme en santé mentale et la transition des services, on a beaucoup travaillé pour renforcer la capacité de la structure de services et de la collectivité de soutenir les clients.

Les principes clés incluaient le recrutement et la formation de personnel paraprofessionnel de supervision afin d'avoir des rapports personnalisés et fréquents avec les clients et de les aider à vivre de façon indépendante. Nous avons travaillé à renforcer les compétences et les capacités des clients pour qu'ils puissent acquérir les habiletés nécessaires pour fonctionner avec une relative autonomie. Nous avons aidé nos clients à accéder aux ressources et à participer davantage à la collectivité. Nous avons établi l'éventail complet de services dont on a besoin pour aider les clients dans un milieu communautaire normal. Ces services incluent des programmes comme le Centre for Adult Psychiatry, le Centre for Geriatric Psychiatry, le Child and Adolescent Treatment Centre, et le Westman Crisis Service. Parmi les autres services, mentionnons le programme de santé mentale pour les adultes, le programme de réadaptation psychosociale, le

the Elderly Program. All of these programs are extensions of services that were formerly provided by Brandon Mental Health Centre.

Additionally, there was the need for formation of strong partnerships with other health and social service agencies, hospital services, physicians as well as police, school divisions, property owners and housing authorities and others. We were aware of the need for access to normalized housing, as we wanted to avoid the creation of mental health ghettos. We worked very hard to achieve this goal and Mr. While will speak about what we have done in terms of integrating housing models and the support services. We have been able to create a normalized housing situation and avoid a cluster of mental health clients living in one location and the creation of a mental health ghetto.

As we have moved along through our reform initiatives and the development of community services, we have certainly come across unanticipated issues and we have had to be flexible and somewhat innovative in developing unique models for supported housing to enable optimum client functioning.

The third theme that we want to contribute to honourable senators is our experience in the formation of partnerships for mental health services. An essential principle that enabled the transition was the formation of these partnerships and the support that was received by other health and social service agencies in shifting their thinking and beliefs towards acceptance that the mentally ill can live away from an institution in a normalized community setting.

The adoption of a recovery model with specific values, principles and practices for mental health and education and promotion of the principles of recovery with partner services and the general public were important to our success.

We worked for greater access to normalized housing, education, and employment. We worked with the communities to see that our clients could participate in social and recreational opportunities. We assisted in the formation of peer support and client-driven services and activities and the implementation of a service model that provided strong mental health support services to other service providers when difficulties developed.

If we were asking community partners to share in responsibility for service to mental health clients, we also needed to provide a backup service to them. It was a unique experience for some of the agencies to have to deal directly with mental health clients who were formerly clients of the Brandon Mental Health Centre. We

programme de services de soutien en résidence et dans la collectivité, et le programme de services de santé mentale à l'intention des aînés. Tous ces programmes sont le prolongement de services qui étaient auparavant assurés par le Centre de santé mentale de Brandon.

De plus, il fallait établir de solides partenariats avec d'autres organismes de services sociaux et de services de santé, des services hospitaliers, des médecins ainsi que des corps policiers, des districts scolaires, des propriétaires fonciers, des autorités du logement, et d'autres personnes. Nous savions qu'il fallait assurer un accès au logement normal, car nous voulions éviter la formation de ghettos de santé mentale. Nous avons travaillé d'arrache-pied pour y arriver, et M. While parlera de ce que nous avons fait pour intégrer les modèles de logement et les services de soutien. Nous avons pu créer une situation de logements normaux et éviter le regroupement des bénéficiaires des services de santé mentale dans un endroit et la création d'un ghetto de santé mentale.

À mesure que nous avons avancé dans nos projets de réforme et la mise au point de services communautaires, nous nous sommes bien sûr butés à des problèmes imprévus, et nous avons dû nous adapter et faire preuve de créativité pour élaborer des modèles uniques de logements subventionnés et ainsi optimiser la vie des bénéficiaires.

Le troisième thème dont nous voulons parler aux honorables sénateurs a trait à notre expérience dans l'établissement d'un partenariat pour les services de santé mentale. Nous n'aurions jamais pu effectuer la transition si nous n'avions pas établi ces partenariats et si nous n'avions pas obtenu le soutien d'autres organismes de services de santé et de services sociaux, qui ont changé leur façon de penser et leurs croyances pour accepter le fait que les personnes qui souffrent d'une maladie mentale peuvent vivre à l'extérieur d'un établissement, dans un milieu communautaire normal.

L'adoption d'un modèle de guérison assorti de valeurs, de principes et de pratiques spécifiques pour la santé mentale, et l'éducation et la sensibilisation des services partenaires et du grand public à l'égard des principes de la guérison ont joué un rôle important dans notre réussite.

Nous avons travaillé pour accroître l'accès au logement, à l'éducation et à l'emploi normalisés. Nous avons travaillé avec les collectivités pour veiller à ce que nos clients participent à des activités sociales et de loisirs. Nous avons contribué à la création de services et d'activités axés sur le client et sur le soutien des pairs ainsi qu'à la mise en œuvre d'un modèle de services selon lequel on peut dispenser de solides services de soutien en santé mentale à d'autres fournisseurs de services advenant des difficultés.

Comme nous demandions à des partenaires communautaires de partager la responsabilité des services de santé mentale, nous devions également leur fournir des services de soutien. Certains organismes ont vécu une expérience unique lorsqu'ils ont dû traiter directement avec des clients en santé mentale qui étaient

had to provide a strong backup service and work closely with the agencies if the clients developed problems.

One of the other things that we had to do was ensure that as we moved from one system of care to another, we had to be sure that there was no opportunity for an easy return to the old system of care so that the patients were not readmitted for long-term purposes. We had to create a significant reduction in terms of the return access to long-term institutional care.

The fourth theme that we would like to focus on is early identification and intervention. As services are evolving and sustained in a context of full community participation, we are trying to build an increasing capacity to provide prevention, early identification, intervention and a rapid service response in order to prevent a recurrence of patterns of chronic severe disability and dependency on an institutional model of service.

To that end, the key principles are the formation of intensive case manager positions to provide close, frequent and holistic service involvement and a responsive and accessible crisis service available by phone and on-site visit at all times. We saw to an increased emphasis on services to children and adolescents to earlier identify the emergence of mental and emotional health disorders and provide services sooner to prevent a pathway that would impair normal development.

From our experiences in the provision of mental health services to all sectors of the community and from the transition and the methods by which services are provided, we have come to understand that the evolution of services is never complete nor do we ever arrive at a time when we can allow development to plateau.

We know very well from current research data that the disabling effect of mental and emotional health disorders is significant and the cost to society in both functional and fiscal terms is enormous. Yet somehow, unlike cardiovascular disease, cancer and diabetes, mental and emotional health conditions are not understood with the same recognition as physically based medical disorders.

There is an imperative need for strong national leadership to acknowledge mental and emotional health disorders as urgent health conditions. We need our leadership to acknowledge that it is a major source of functional impairment and disability that is equal to what are thought of as diseased-based medical conditions.

We recommend the adoption of a national action strategy to respond to the urgent needs for those who suffer from mental and emotional health disabilities. The Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health whom this committee has heard from previously proposed such a strategy, which includes

auparavant des clients du Centre de santé mentale de Brandon. Nous avons dû leur offrir de solides services de soutien et travailler en étroite collaboration avec eux lorsque les clients avaient des problèmes.

L'une des autres choses que nous avons dû faire, c'est nous assurer que, à mesure que nous passons d'un système de soins à un autre, qu'il était impossible que les patients puissent retourner facilement à l'ancien système de soins, de sorte qu'ils ne soient pas admis de nouveau pour un séjour de longue durée. Nous avons dû réduire considérablement les possibilités de retour aux soins en établissement de longue durée.

Le quatrième thème dont nous aimerions parler porte sur le dépistage et l'intervention précoces. À mesure que les services évoluent et sont maintenus dans un contexte de participation active de la collectivité, nous essayons d'accroître la capacité d'offrir des services de prévention, de dépistage et d'intervention précoces, ainsi que de réagir rapidement afin d'éviter que les bénéficiaires ne recommencent à dépendre d'un modèle de service en établissement et de voir ressurgir des déficiences graves et chroniques.

À cette fin, les principes clés constituent la création de postes de gestionnaires de cas qui travaillent de façon intensive à offrir des services personnalisés, fréquents et holistiques et à assurer un service d'intervention souple et accessible en répondant au téléphone et en se rendant sur place, en tout temps. Nous avons veillé à mettre davantage l'accent sur les services destinés aux enfants et aux adolescents afin de dépister plus tôt les troubles de santé mentale et affective et d'offrir des services plus rapidement pour empêcher les clients de s'engager dans une voie qui entraverait leur développement normal.

À la lumière des expériences que nous avons vécues en prestation de services de santé mentale à tous les secteurs de la collectivité et au chapitre de la transition et des méthodes grâce auxquelles on dispense des services, nous en sommes venus à comprendre que l'évolution des services n'est jamais terminée et que nous n'arriverons jamais à un point où nous pourrions permettre le plafonnement du développement.

Nous savons très bien, compte tenu des données de recherches courantes, que l'effet invalidant des troubles de santé mentale et affective est considérable et que le coût pour la société, sur le plan tant fonctionnel que financier, est énorme. Cependant, contrairement aux maladies cardiovasculaires, au cancer et au diabète, les troubles de santé mentale et de santé affective ne sont pas reconnus au même titre que les troubles médicaux physiques.

Il est impératif qu'une autorité nationale reconnaisse que les troubles de santé mentale et affective constituent de graves problèmes de santé exigeant une intervention immédiate. Cette autorité doit reconnaître que ces affections constituent, tout comme les affections médicales fondées sur une maladie, une source importante de déficiences fonctionnelles.

Nous recommandons l'adoption d'une stratégie nationale pour répondre aux besoins criants des personnes qui souffrent de troubles de santé mentale et affective. L'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, que le comité a déjà entendue, a proposé l'élaboration d'une telle stratégie, et a

recommendations for public education and awareness, a national policy framework, improved research and the formation of a national public health surveillance and reporting program.

There is a very compelling need to provide a high concentration of funding and resource support to services for children and adolescents. This population is synonymous with early identification, prevention and early intervention. Our youth represent hope and possibility that long-term disability in adulthood can be minimized throughout a commitment to care now.

Our fourth recommendation is that for those who are affected by mental and emotional health disorders, there must be an assertive effort to create supportive services and resources that build a community capacity for access to housing, education, employment and social and recreational opportunities so that meaningful participation and full citizenship can be achieved.

Mr. Marcel Hacault, Executive Director, Canadian Agriculture Safety Association: I will preface using my French because I do not have much opportunity to use it.

[Translation]

Thank you for giving me this opportunity to make a presentation before you here today. In spite of the lack of sunshine, I simply want to say that this is nevertheless a beautiful day to me because my eldest daughter is graduating from university today. So when I am finished with my presentation here, I will have the good fortune of seeing my daughter bring one stage of her life to a close, and I also have the good fortune of being able to make this presentation to senators today.

Senator Pépin: What a nice day indeed!

Mr. Hacault: As has already been mentioned, I am the director general of the Canadian Agricultural Safety Association.

Our mission is to work to eliminate injuries and diseases on farms. Our members pursue that objective.

We work to change the attitudes of farmers and groups who do engineering work, in order to reduce work-related diseases and injuries. We also work with people involved in the health care system and the mental health system.

[English]

Many of my comments are based on a national survey that we undertook in January.

Ms. Janet Smith, Manager, Manitoba Farm and Rural Stress Line, Canadian Agriculture Safety Association: Good afternoon, Mr. Chairman and members of the committee.

The Farm and Rural Stress Line began in December 2000, so we are a relatively new organization. The Canadian Mental Health Association and volunteers ran the precursor to our

recommandé de sensibiliser le public, d'établir un cadre stratégique national, d'améliorer les recherches et d'élaborer un programme national de surveillance de la santé publique et de rapports à ce sujet.

Il est impératif de réserver une part importante du financement et du soutien aux ressources aux services destinés aux enfants et aux adolescents. Cette population est synonyme de prévention et de dépistage et d'intervention précoces. La jeunesse représente l'espoir et la possibilité que l'on réduise au minimum les invalidités de longue durée à l'âge adulte, et cela passe par notre engagement à dispenser des soins, dès maintenant.

Notre quatrième recommandation est la suivante : pour les gens qui sont aux prises avec des troubles de santé mentale et affective, on devrait s'employer à créer des services et des ressources de soutien pour renforcer les capacités de la collectivité d'accéder aux possibilités de logement, d'éducation et d'emploi et aux activités sociales et de loisirs, afin que les bénéficiaires puissent participer activement à la société et être des citoyens à part entière.

M. Marcel Hacault, directeur exécutif, Association canadienne de sécurité agricole : Je vais faire mon introduction en français, parce que je n'ai pas beaucoup l'occasion de m'exprimer dans cette langue.

[Français]

Je vous remercie pour la chance que vous m'accordez de vous faire une présentation, aujourd'hui. Malgré le manque de soleil, je veux juste vous dire que c'est une belle journée pour moi, parce que ma fille aînée va recevoir son diplôme universitaire, aujourd'hui. Alors, quand j'aurai fini de faire ma présentation, j'ai la chance de voir ma fille achever une étape de sa vie, puis j'ai aussi la chance de faire une présentation aux sénateurs, aujourd'hui.

Le sénateur Pépin : C'est une belle journée!

M. Hacault : Tel que déjà mentionné, je suis le directeur général de l'Association canadienne de sécurité agricole.

Notre mission, c'est d'œuvrer à l'élimination des blessures et des maladies en milieu agricole. On regroupe des agences qui font ce travail.

On essaie de changer l'attitude des fermiers et des groupes qui font l'ingénierie, pour réduire les maladies. On travaille aussi avec les personnes impliquées dans le système de santé et de la santé mentale.

[Traduction]

Bon nombre de mes commentaires se fondent sur une enquête nationale que nous avons effectuée en janvier.

Mme Janet Smith, gestionnaire, Manitoba Farm and Rural Stress Line, Association canadienne de sécurité agricole : Bonjour, monsieur le président et membres du comité.

La Farm and Rural Stress Line a vu le jour en décembre 2000. Donc, nous sommes une organisation relativement nouvelle. L'Association canadienne pour la santé mentale et des

organization, but like many good organizations, it went the way of the dinosaurs because of lack of funding. Through the lobbying efforts of a number of agricultural, rural, and health-based organizations, the government reinstated the farm and rural stress line, with full funding, in December 2000.

We receive funding from Manitoba Health through the Department of Mental Health, the Mental Health Branch, and our mandate is to provide free, confidential information, support counselling, and referrals to farm and rural families throughout Manitoba.

Our core services are a telephone support line staffed by paid professional counsellors who also have farming backgrounds. Kim Moffat my co-worker is a counsellor and a farmer herself. She will have some interesting stories to share with you today.

We believe that our service is very important because the farming community has some unique needs and challenges best met by mental health professionals with a farming background. We also see ourselves as part of an overall group of mental health services that our community needs. We also offer an email help line. We are trying to reach out to individuals who would like to access us in a variety of ways.

We refer to community mental health workers throughout the province. Albert Hajes said the program would have community mental health workers as would the other regional health authorities throughout the province. We do a significant amount of outreach. At this time, we have been asked to do presentations on a number of issues related to stress management. One of them is "I'm not crazy; I just can't pay my bills." I think that speaks volumes to the kinds of unique needs that farm and rural families have because at the core of the stress levels is the issue of economic insecurity and the kinds of stresses that that brings upon farm families.

Ms. Kim Moffat, Counsellor, Manitoba Farm and Rural Stress Line, Canadian Agriculture Safety Association: I work as a counsellor at the Manitoba Farm and Rural Stress Line. My background is in psychiatric nursing and I graduated from the Brandon Mental Health Centre which Mr. Hajes was speaking of earlier. My partner and I run a small family farm in the southwest part of this province. We are cattle farmers so we have certainly been impacted by the BSE crisis that is going on right now. I think I have some real life experience and knowledge that has added to my ability to relate to many of our callers.

In the past, I have worked with farm families that affected by the BSE crisis and have worked through with them some of the many issues that they are facing right now with their families.

bénévoles ont été les précurseurs de notre organisation, mais comme beaucoup de bonnes organisations, ils ont disparu parce qu'ils manquaient de financement. Un certain nombre d'organisations agricoles, rurales et vouées à la santé ont exercé des pressions politiques sur le gouvernement, et il a fini par rétablir la Farm and Rural Stress Line, ainsi que son plein financement, en décembre 2000.

Nous recevons du financement du ministère de la Santé du Manitoba, par l'entremise du service de santé mentale, la Direction générale de la santé mentale, et nous avons pour mandat d'offrir gratuitement des renseignements confidentiels, du counselling de soutien et des recommandations aux familles agricoles et rurales de l'ensemble du Manitoba.

Notre service de base est une ligne de soutien téléphonique. Des conseillers professionnels rémunérés, qui s'y connaissent en agriculture, répondent aux appels. Ma collègue, Kim Moffat, est conseillère et elle-même agricultrice. Plus tard, elle aura des histoires intéressantes à vous raconter.

Nous estimons que notre service est très important parce que les agriculteurs ont des besoins et des difficultés uniques auxquels des professionnels en santé mentale qui connaissent l'agriculture sont le plus en mesure de répondre. Nous faisons également partie d'un groupe de services en santé mentale dont notre collectivité a besoin. Nous offrons également une ligne d'aide par courrier électronique. Nous essayons de rejoindre les gens qui essaient de communiquer avec nous par divers moyens.

Nous aiguillons nos clients vers des travailleurs communautaires en santé mentale un peu partout dans la province. Albert Hajes a dit que des travailleurs communautaires en santé mentale participent au programme au même titre que les autres offices régionaux de la santé de la province. Notre action sociale est considérable. Actuellement, on nous a demandé de présenter des exposés sur un certain nombre de questions liées à la gestion du stress. L'un d'entre eux s'intitule : « Je ne suis pas fou; je ne peux juste pas payer mes factures. » Je crois que ça en dit long sur les besoins uniques des familles agricoles et rurales parce que le problème de l'insécurité économique et les différents ennuis que cela donne aux familles agricoles contribuent beaucoup au stress.

Mme Kim Moffat, conseillère, Manitoba Farm and Rural Stress Line, Association canadienne de sécurité agricole : Je suis conseillère pour le Manitoba Farm and Rural Stress Line. J'ai déjà travaillé en soins infirmiers psychiatriques, et j'ai fait mes premières armes au Centre de santé mentale de Brandon, dont M. Hajes a parlé plus tôt. Mon partenaire et moi exploitons une petite ferme agricole dans le sud-ouest de la province. Comme nous élevons des bovins, nous avons vraiment été touchés par la crise de l'ESB qui sévit actuellement. Je crois que j'ai vécu des expériences et que j'ai une connaissance de la vie d'agriculteur, et que c'est ça qui m'aide à établir un rapport avec bon nombre des personnes qui nous téléphonent.

Par le passé, j'ai travaillé avec des familles d'agriculteurs qui ont été touchées par la crise de l'ESB, et je les ai aidées à passer au travers des nombreuses difficultés qu'elles ont éprouvées.

Our service is a relatively new service and over the past four years, we have certainly seen the numbers of calls grow in both number and in content. As you can imagine, financial stress is the number one topic but the rippling effect of that problem includes marital difficulties, relationship problems with children, and turning to different vices to help them cope through these hard times. It is evident that many of our callers are dealing with anxiety and depression.

As the BSE crisis continues, the calls have intensified. Farmers are finding they are running out of solutions and places to turn to for help to solve some of the many problems that they encounter.

We have spoken to farmers that feel that suicide is the only solution to their problems. The range of issues is diverse.

I am pleased to be here today to bring forth the voice of farm and rural people in the difficulties and struggles that they continue to face.

Mr. Hacault: I have submitted a presentation, but I am not sure how we should go through it. Most of my comments relate to a survey we commissioned. Western Opinion Research Inc. did the survey.

The way I have made comments is I refer directly to the issues and options and the parts there. Therefore, when it comes to delivery of services and supports, we saw that according to our survey results, 65 per cent of the farmers would prefer to meet one-on-one to talk to somebody about stress. If they are feeling moderate to high levels of stress, they would more strongly prefer speaking to somebody by telephone as opposed to those who are feeling lower levels of stress. This supports the experiences of Manitoba, Saskatchewan and Nova Scotia who have farm and rural stress lines.

In footnote 4, we note that the farmers prefer to access the service in the evening. We are not talking 9:00 a.m. to 5:00 p.m.; we are talking preferably in the evening.

One of the biggest reasons we are here is that 9 out of 10 of the farmers feel that is important that the mental health professional be knowledgeable about agriculture.

The rationale that we are putting forward is that the mental health workers who do not have a farming background may find it difficult to understand the issues that farmers may present.

As it comes to specific population groups, which is another area of your issues and options, we feel that the farmers seem to be lumped in something very similar to the rest of Canadians. So, current stress levels, roughly one in five are very stressed and about half are somewhat stressed. I took, on footnote 7, some data from Statistics Can. And depending on how you do the definitions, we fall very similarly with that.

Notre service est relativement nouveau. Depuis quatre ans, le nombre d'appels a augmenté, tant sur le plan du nombre que sur le plan du contenu, et ça ne fait aucun doute. Comme vous pouvez l'imaginer, le stress financier est le sujet numéro un. Cependant, l'effet domino de ce problème comprend des difficultés conjugales, des problèmes de relations interpersonnelles avec les enfants, et le recours à diverses échappatoires pour survivre à ces temps durs. Il est évident que beaucoup de gens qui nous téléphonent sont la proie de l'anxiété et de la dépression.

Comme la crise de l'ESB se poursuit, les appels se font de plus en plus nombreux. Les agriculteurs sont à court de solutions et n'ont plus personne vers qui se tourner pour qu'on les aide à régler certains des nombreux problèmes auxquels ils sont confrontés.

Nous avons parlé à des agriculteurs qui ont l'impression que le suicide est la seule solution à leurs problèmes. Les ennuis sont tous plus différents les uns que les autres.

Je suis heureuse d'être ici aujourd'hui pour vous faire part des difficultés et des combats que les agriculteurs et les gens qui vivent en milieu rural continuent de vivre.

M. Hacault : J'ai présenté un exposé, mais je ne suis pas certain de la façon de procéder. La plupart de mes observations s'inspirent d'une enquête que nous avons commandée. C'est Western Opinion Research Inc. qui l'a effectuée.

J'ai présenté mes observations en faisant directement allusion aux problèmes et options et aux parties qui s'y trouvent. Par conséquent, lorsqu'il est question de la prestation des services et des moyens de soutien, nous avons vu que, selon les résultats de notre enquête, 65 p. 100 des agriculteurs préféreraient rencontrer quelqu'un en personne pour lui parler du stress. S'ils sont moyennement ou très stressés, ils privilégient beaucoup plus que les personnes qui sont peu stressées la communication par téléphone. Ces données s'apparentent à celles du Manitoba, de la Saskatchewan et de la Nouvelle-Écosse, qui ont des lignes d'aide pour les agriculteurs et les personnes qui vivent en milieu rural et souffrent du stress.

Dans la note de bas de page 4, nous faisons remarquer que les agriculteurs préfèrent accéder au service le soir. On ne parle pas de 9 h à 17 h; nous parlons surtout du soir.

L'une des principales raisons de notre existence, c'est que neuf agriculteurs sur dix estiment qu'il est important que le professionnel en santé mentale connaisse l'agriculture.

Nous indiquons que c'est ainsi parce que les travailleurs en santé mentale qui ne connaissent pas l'agriculture pourraient avoir de la difficulté à comprendre les problèmes que vivent les agriculteurs.

En ce qui concerne les groupes démographiques spécifiques, qui sont un autre enjeu de vos problèmes et options, nous avons l'impression qu'on met les agriculteurs dans le même bain que le reste des Canadiens. Donc, pour ce qui est des niveaux de stress actuels, à peu près un sur cinq est très stressé, et environ la moitié sont assez stressés. Dans la note de bas de page 7, j'ai fourni des données de Statistique Canada. Et selon la façon dont vous faites les définitions, nous tombons à peu près dans la même catégorie.

I would put forward that we have unique characteristics. We have unique characteristics, and needs that are different from some of the general population's mental health issues. The basic stress triggers are probably different from the general population. The primary causes of stress within the general population are too many demands on the time, lack of job security and poor interpersonal relationships. That comes from a Statistics Canada report.

When we asked the farmers and this is on footnote 9, the high stress and extreme stress factors were production and price related, and interestingly enough, government policies are included in there and the personal pressure to maintain the family farm, which is something I think that is unique to farming. When I read this, I was a little surprised, but after speaking with friends and colleagues who had taken over the family farm, I understood that there is a great deal of pressure to be successful because you have been given a legacy.

The Workers Compensation Board does work with some provincial agricultural associations and I am thinking of the UPA in Quebec in particular, but the unfortunate part in that case, and we will take the UPA's case, is that the farmers are coming to the UPA for help.

The Chairman: Please tell us what the acronym UPA means.

Mr. Hacault: UPA stands for L'Union des producteurs agricoles. The farmers come to the UPA say that they need tools to handle stress at home and the UPA has a partnership with CSST, which is the Comité de santé et sécurité au travail. CSST will help UPA to fund workplace accident reduction programs, but they refuse to acknowledge that stress is an issue and they will not allow that partnership with UPA to fund programs that might reduce stress.

The reluctance of the Workers Compensation Boards to acknowledge the linkage between stress means that the Workers Compensation Boards do not fund activities related to stress mitigation.

On combating stigma and discrimination, referred to in footnote 10, the farmers are aware of the resources and then asked whom they would turn to when stressed. The first person that seems to get the heads-up on stress is the family doctor and then a mental health professional and then a priest or religious figure.

The farmers are proud and independent and 41 per cent gave that reason for not seeking help in dealing with stress and mental health. Stigma and embarrassment were lower than the pride factor. That information is in footnote 12. Remaining anonymous is very important to farmers.

J'aimerais vous faire comprendre que nous avons des caractéristiques uniques. Nous avons des caractéristiques uniques, et des besoins qui sont différents de ceux du grand public lorsqu'il est question de santé mentale. Les principaux facteurs de stress sont probablement différents de ceux de la population en général. Les principales causes de stress dans la population en général sont : manque de temps, absence de sécurité d'emploi et mauvaises relations interpersonnelles. Ces données proviennent d'un rapport de Statistique Canada.

Lorsqu'on a interrogé les agriculteurs à ce sujet, et ça se trouve dans la note de bas de page 9, ils nous ont répondu que les facteurs de stress élevés et extrêmes étaient liés à la production et aux prix. Fait assez intéressant, ils ont mentionné les politiques gouvernementales et la pression qu'ils se mettent eux-mêmes sur les épaules pour maintenir la ferme familiale en vie, ce qui, selon moi, est quelque chose d'unique aux agriculteurs. Lorsque j'ai lu cela, j'ai été un peu étonnée, mais après avoir parlé avec des amis et des collègues qui ont repris la ferme familiale, j'ai compris qu'ils ont beaucoup de pression sur les épaules, et qu'ils veulent réussir à tout prix parce qu'ils ont reçu un héritage.

La Commission des accidents du travail collabore avec certaines associations agricoles provinciales et, je pense, l'UPA, au Québec, plus particulièrement, mais ce qui est malheureux, dans ce cas, et prenons l'exemple de l'UPA, c'est que les agriculteurs s'adressent à l'UPA pour obtenir de l'aide.

Le président : Pourriez-vous nous dire ce que l'acronyme UPA signifie?

M. Hacault : L'UPA, c'est l'Union des producteurs agricoles. Les agriculteurs s'adressent à l'UPA, lui disent qu'ils ont besoin d'outils pour gérer leur stress à la maison, et l'UPA a établi un partenariat avec la CSST, la Commission de la santé et de la sécurité du travail. La CSST veut bien aider l'UPA à financer des programmes de réduction des accidents de travail, mais elle refuse de reconnaître que le stress est un problème, et elle ne veut pas que son partenariat avec l'UPA permette de financer des programmes qui pourraient contribuer à réduire le stress.

Comme la Commission des accidents du travail ne veut pas reconnaître le lien entre le stress et les accidents du travail, elle ne finance pas d'activités liées à la réduction du stress.

Pour ce qui est de combattre la stigmatisation et la discrimination, sujet auquel je fais allusion dans la note de bas de page 10, les agriculteurs connaissent les ressources. On leur a demandé vers qui ils se tourneraient pour obtenir de l'aide s'ils étaient stressés. La première personne à qui on fait appel lorsqu'on est stressé semble être le médecin de famille, et ensuite, un professionnel en santé mentale, et, ensuite, un prêtre ou un personnage religieux.

Les agriculteurs sont fiers et indépendants. C'est cette raison qu'ont donnée 41 p. 100 des répondants pour expliquer pourquoi ils ne cherchent pas de l'aide pour régler leurs problèmes de stress et de santé mentale. La stigmatisation et l'embarras ont été moins souvent mentionnés que la fierté. Cette information figure dans la note de bas de page 12. Il est très important pour les agriculteurs de rester anonymes.

In terms of human resources, we actually commissioned another report to go with this survey. We attempted to ascertain the type of services that were available to farmers. All the Canadian mental health agencies seem to be aware of a farm and rural stress line if there was one available in their province, but they acknowledge that they did not have resources to target or address the farmer's specific needs.

Although associations such as the Schizophrenia Society and the Mood Disorders Association have a wealth of experience, they are generally inaccessible to farmers. It is also difficult for a rural farmer to remain anonymous while participating in one of these groups.

Two of the most established projects are the Saskatchewan and Manitoba farm stress lines, which have provincial funding. Provincial funding of these lines allows them to focus on the job of assisting farmers rather than fundraising to ensure the lines stay open. The reach of these farm lines was demonstrated during the BSE crisis and the Avian flu epidemic in B.C. when both the Manitoba and Saskatchewan Farm Stress Lines received calls from producers and organizations from across the country seeking counselling and or enquiring about setting up farm stress lines in their areas.

Another concern, and this is a broad statement, is that there seems to be more people offering stress counselling services but it seems there is a lack of standardization and pretty well anybody can hang a shingle and say they can offer stress services. The quality of service is a concern to us.

When we get to research and technology, in a nutshell, we have two centres that we work with at the Canadian Agricultural Safety Association and one is the rural centre in Atlantic Canada and the Canadian Centre for Health and Safety in Agriculture based out of Saskatchewan. They are both funded by the Canadian Institutes of Health Research. Their focus is on rural research with CIHR.

We suggest that these two centres would be two good vehicles to do more research as it relates to stress, mental health and workplace safety.

I looked into tele-mental health because I did not know what it meant. While I was looking at it, I came across report for the Alberta Heritage Foundation for Medical Research *State of the Science Reviews*. It includes the socio-economic benefits of tele-mental health.

When I was reading through the report it was very interesting that nowhere did it seem to mention what I call "low technology," farmer, rural stress lines, and also they did not seem to mention

En ce qui concerne les ressources humaines, nous avons commandé un autre rapport pour donner suite à l'enquête. Nous avons tenté de déterminer quel type de services sont offerts aux agriculteurs. Tous les organismes canadiens de santé mentale semblaient savoir qu'il existait une ligne d'aide pour les agriculteurs et les personnes qui vivent en milieu rural qui souffrent de stress s'il y en avait une dans leur province, mais ils ont reconnu ne pas avoir les ressources nécessaires pour cibler les agriculteurs ou répondre à leurs besoins spécifiques.

Même si les associations comme la Société de schizophrénie et la Mood Disorders Association possèdent une mine de ressources, en général, elles ne sont pas accessibles aux agriculteurs. De plus, il est difficile pour un agriculteur qui fait partie de l'un de ces groupes de rester anonyme.

Les lignes d'aide destinées aux agriculteurs qui vivent du stress de la Saskatchewan et du Manitoba constituent les deux projets les plus établis. Ils reçoivent du financement de la province. Les fonds que leur verse la province leur permettent de se concentrer sur leur travail, qui est d'aider les agriculteurs, plutôt que de chercher du financement pour assurer la survie des lignes d'aide. On a vu toute la portée de ces lignes d'aide pendant la crise de l'ESB et l'épidémie de grippe aviaire qui ont sévi en Colombie-Britannique, car les responsables des lignes d'aide aux agriculteurs du Manitoba et de la Saskatchewan ont reçu des appels de producteurs et d'organisations des quatre coins du pays, qui avaient besoin de conseils ou qui voulaient obtenir de l'information sur la façon de mettre sur pied des lignes d'aide aux agriculteurs dans leur région.

Un autre sujet qui nous préoccupe, et là, je généralise, c'est qu'il semble y avoir plus de gens qui offrent des services de counselling en matière de stress, mais qu'il semble y avoir peu d'uniformité, et qu'à peu près n'importe qui peut accrocher une enseigne et annoncer qu'il peut offrir des services de gestion du stress. La qualité du service nous préoccupe.

Sur le plan de la recherche et de la technologie, en bref, nous travaillons avec deux centres à l'Association canadienne de sécurité agricole. L'un d'entre eux est le centre rural du Canada atlantique, et l'autre, le Centre canadien de Santé et sécurité en milieu agricole, dont le siège social se trouve en Saskatchewan. Ces deux centres sont financés par les Instituts de recherche en santé du Canada. Ils s'occupent principalement d'effectuer des recherches en milieu rural avec les IRSC.

Selon nous, ces deux centres constitueraient deux bonnes façons d'effectuer davantage de recherche sur le stress, la santé mentale et la sécurité au travail.

Je me suis renseigné sur la télésanté mentale parce que je ne savais pas ce que voulait dire cette expression. Au fil de mes recherches, je suis tombé sur un rapport de l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research, intitulé *State of the Science Reviews*. On y présente les avantages socioéconomiques de la télésanté mentale.

Pendant que je lisais le rapport, j'ai remarqué que nulle part on ne semblait mentionner ce que j'appelle la « basse technologie », c'est-à-dire les lignes d'aide pour les agriculteurs et les personnes

the farming, the farmers as a client of those services. So the absence I guess was more conspicuous than what was in that report.

As it pertains to the role of the federal government, it is not part of your footnotes, but when I was doing work, there was a Standing Senate Committee on Agriculture and Forestry in a 1993 report. I have copies here and they actually had quite a few recommendations that you may find useful to look at.

The Chairman: That is good because I did not even know it existed.

Mr. Hacault: We support development of provincial 24-hour, and I call it tele-mental health, because right now, we focus on the telephone stress lines, but I think we could move forward into having tele-mental health services devoted to meet the specific and unique needs of farmers.

Like I mentioned, it is frustrating to note that in many of the literature and the assessments done to evaluate, agriculture is conspicuous in its absence.

The lines are often the first contact for accessing the Manitoba mental health services, and they are a non-threatening initiation to the mental health system. Where some may think that it is duplication, I put forward that the farmer and rural stress help lines assist in breaking down barriers to access professional services, whether those services come through the health authorities or community based agencies.

As noted in the survey, the family physicians are often the first stop, as it comes when farmers are dealing with stress. We must develop educational tools for the family physicians to assist them to better understand and respond to the needs of farmers and ranchers. That link has to happen. If farmers go to the doctor for heart problems and the doctor sees that it is stress related, he has to know where to find a stress expert.

I suggest we employ mental health workers with rural and agricultural backgrounds. We recommend that an exchange of ideas occur between the other provinces that offer stress lines so that we can build on the information that they have gathered.

Some Canadian mental health agencies do not seem to have mental health resources tailored to meet the needs of farmers and ranchers. I encourage a consultation process that includes farmers and producer groups. I am not sure how many have made presentations to this committee.

vivant en milieu rural, et qu'on ne semblait pas non plus vouloir parler de l'agriculture, des agriculteurs en tant que clients de ces services. J'imagine que cette omission m'a beaucoup plus sauté aux yeux que ce qui se trouve dans le rapport.

En ce qui concerne le rôle du gouvernement fédéral — ça ne figure pas dans vos notes de bas de page, mais au fil de mes travaux, je suis tombé sur un rapport de 1993 du Comité sénatorial permanent de l'agriculture et des forêts. J'en ai apporté des exemplaires, et vous y trouverez un certain nombre de recommandations qui pourraient vous être utiles.

Le président : C'est bien, parce que je ne savais même pas qu'il existait.

M. Hacault : Nous sommes favorables à l'élaboration d'un service provincial offert 24 heures sur 24, que j'appellerai « télésanté mentale », parce que, actuellement, nous mettons l'accent sur les lignes d'aide téléphonique, mais je pense que nous pourrions aller de l'avant en établissant des services de télésanté mentale conçus pour répondre aux besoins spécifiques et uniques des agriculteurs.

Comme je l'ai mentionné, il est frustrant de voir que, dans bon nombre des documents et des évaluations, l'agriculture brille par son absence.

Les lignes d'aide constituent souvent le premier point de contact vers l'accès aux services de santé mentale du Manitoba, et elles constituent un premier pas non menaçant vers le système de santé mentale. À ceux qui pourraient penser qu'il s'agit d'un dédoublement des services, je réponds que les lignes d'aide pour les agriculteurs et les personnes vivant en milieu rural qui sont aux prises avec le stress contribuent à éliminer les obstacles à l'accès à des services professionnels, que ces services soient offerts par les offices de la santé ou par des organismes communautaires.

Comme on le souligne dans l'enquête, le médecin de famille constitue souvent la première personne que consultent les agriculteurs lorsqu'ils vivent du stress. Nous devons mettre au point des outils pédagogiques à l'intention des médecins de famille afin de les aider à mieux comprendre les besoins des agriculteurs et des grands éleveurs et à y répondre. Ce lien doit s'établir. Si les agriculteurs vont consulter leur médecin pour des problèmes cardiaques et que leur médecin constate que leurs problèmes sont liés au stress, il doit savoir où trouver un expert en stress.

Je propose que nous faisons appel à des travailleurs en santé mentale qui connaissent l'agriculture et le milieu rural. Nous recommandons que les provinces offrant des lignes d'aide en matière de stress mettent leurs idées en commun afin que nous puissions miser sur l'information qu'elles ont recueillie.

Certains organismes canadiens de santé mentale ne semblent pas disposer de ressources en santé mentale formées tout spécialement pour répondre aux besoins des agriculteurs et des grands éleveurs. Je vous encourage à consulter la population, et, plus précisément, des agriculteurs et des groupes de producteurs. Je ne sais pas vraiment combien ont présenté des exposés à votre comité.

The CIHR centres could prioritize research to determine the link between stress and farm safety. They could determine the cost in human and economic terms.

With the expanded mandate of the Public Health Agency, we recommend that their mandatory coding classification include the external causes of morbidity and mortality codes and the place of occurrence codes as well as the type of activity codes. This information would allow us to ascertain the cause of the accident and the place of its occurrence. This in turn would assist researchers in determining links between farm safety and mental health. We would like to see the use of the ICD-10-CA code on every person who comes into the hospital. Mandatory classification may increase our knowledge of the links between stress and occupational health.

In a nutshell, that is our presentation. Thank you very much for staying awake.

The Chairman: What is the entry point into your system? In other words, we were intrigued with the construction of a single entry point into this system in Winnipeg.

Do you have the same thing, or do you have multiple entry points, and if so, what are they?

Mr. Hajes: We have a centralized intake system in our Brandon service, but we also have multiple entry points, depending on who the client is and what service they are trying to connect to.

Our service is not simply office space, so that the client needs to come to us, to our designated intake workers. However, our mental health services for the elderly team are mobile and they leave the office, go out into the community and will see people in their homes. They also provide service in rural western Manitoba. So they will travel to other communities and see people in their homes or in personal care homes.

The Chairman: How does someone get on that list in the first place?

Mr. Hajes: A person has to get a referral or self-refer to connect to one of our programs.

The Chairman: If it is self-referral, they phone this centralized number, right.

Mr. Hajes: Yes.

The Chairman: If someone goes to see a family physician and the physician says, I think you need help, of whatever kind, does the physician then phone the centralized number? What is the process? How does it work?

Mr. Hajes: It can happen in any of those ways. If a physician is making a referral, we prefer that the physician send us something in writing indicating any medical conditions they have been able to identify. We encourage people to see a physician when they are

Les centres des IRSC pourraient mener en priorité des recherches visant à déterminer le lien entre le stress et la sécurité agricole. Ils ne pourraient déterminer le coût sur les plans humain et économique.

Étant donné que l'Agence de santé publique a élargi son mandat, nous recommandons que sa classification obligatoire par codes inclue des codes de cause externe de la morbidité et de la mortalité, des codes de lieu d'occurrence, ainsi que des codes de type d'activité. Cette information nous permettrait de déterminer la cause de l'accident et le lieu où il s'est produit. En contrepartie, elle aiderait les chercheurs à établir des liens entre la sécurité agricole et la santé mentale. Nous aimerions qu'on applique la CIM-10-CA pour toute personne qui entre à l'hôpital. La classification obligatoire pourrait nous amener à mieux comprendre les liens entre le stress et la santé au travail.

Bref, voilà notre exposé. Merci beaucoup d'être restés éveillés.

Le président : Quel est le point d'entrée dans votre système? Autrement dit, nous avons été intrigués par la construction d'un point d'entrée unique dans ce système à Winnipeg.

Avez-vous la même chose, ou avez-vous plusieurs points d'entrée, et, le cas échéant, quels sont-ils?

M. Hajes : Nous avons un système d'admission centralisé à notre service de Brandon, mais nous avons aussi plusieurs points d'entrée, selon l'identité du client et le service auquel il essaie d'accéder.

Notre service n'est pas simplement un local, de sorte que le client doit venir à nous, à nos employés qui s'occupent des admissions. Cependant, notre équipe qui dispense des services de santé mentale aux personnes âgées est une équipe itinérante. Elle part du bureau, va dans la collectivité et va voir les gens chez eux. De plus, elle dispense des services dans les régions rurales de l'ouest du Manitoba. Donc, elle se déplace dans d'autres collectivités et va voir les gens chez eux ou dans des foyers de soins personnels.

Le président : Mais au départ, comment fait-on pour faire mettre son nom sur cette liste?

M. Hajes : La personne doit obtenir une recommandation ou se recommander elle-même pour accéder à l'un de nos programmes.

Le président : Si elle se recommande elle-même, elle doit composer ce numéro centralisé, n'est-ce pas?

M. Hajes : Oui.

Le président : Si quelqu'un va consulter un médecin de famille et que le médecin lui dit : « Je crois que vous avez besoin d'aide », d'une aide quelconque, est-ce que le médecin doit ensuite téléphoner au numéro centralisé? Quelle est la marche à suivre? Comment est-ce que ça fonctionne?

M. Hajes : Ça peut se faire de n'importe quelle de ces façons. Si un médecin fait une recommandation, nous préférons qu'il nous envoie quelque chose par écrit en indiquant les affections médicales qu'il a pu cerner. Nous encourageons les gens à

coming to our service for any mental and emotional health because there of course can be concurrent medical conditions that mimic mental health symptoms.

Connecting to our services is through any of those means. The client can simply pick up the phone and call the centralized number, will be put through to a designated intake worker, who is available all the time, and the process will start from there; or the physician can call, the physician can write, a family member can call, any which way.

Senator Pépin: How long is the wait-time? We hear that patients wait weeks and sometimes months for an appointment.

Mr. Hajes: We are actually very fortunate. We really do not have a wait-time. Our response time can be almost immediate. If you want to have access to an intake worker, you can walk in, and you might have to wait a couple of hours if the worker is with somebody else, but it can be same-day service for those out-patient referrals.

Similarly, the in-patient programs are not running waiting lists. There are sometimes, when all the beds are full, but we have been able to make alternate arrangements with the Brandon General Hospital, to maintain a client in a medical bed for a day or two until a bed is available in the psychiatric unit.

The Chairman: How do you manage to perform that type of service? Seriously, Senator Pépin is right, because keep hearing stories that people have to wait up to three months to receive treatment for stress related illnesses.

Mr. Hajes: No, no, we do not have that issue in Western Manitoba. I believe that that really speaks to the planning that went into mental health reform.

I have said for a long time that we are very fortunate that we have always had very good support from our executive and our board. We have a significant allocation from the overall budget to mental health, better than all the other RHA's in Manitoba. We certainly also benefited from our experience in the closure of Brandon Mental Health Centre which gave us a good indication of what the community need was going to be and allowed us to structure population specific programs like the Centre for Geriatric Psychiatry. We usually admit an elderly person with dementia the same day depending on the necessary arrangements.

Senator Pépin: Do you have enough doctors?

Mr. Hajes: No, I would not say we have enough doctors. We have enough beds and we have enough facilities, and enough programs to respond to the needs that come to us.

consulter un médecin lorsqu'ils font appel à notre service pour obtenir des soins en santé mentale et affective parce que, bien sûr, il peut y avoir des affections médicales concomitantes qui ressemblent beaucoup à des symptômes de santé mentale.

On peut accéder à nos services par n'importe quel de ces moyens. Le client peut simplement prendre le téléphone et composer le numéro centralisé, son appel sera acheminé à un conseiller à l'accueil désigné, qui est disponible en tout temps, et le processus commence par là; ou encore, le médecin peut téléphoner, le médecin peut écrire, un membre de la famille peut téléphoner, de n'importe quelle façon.

Le sénateur Pépin : Quel est le délai d'attente? Nous entendons dire que des patients attendent des semaines, et parfois des mois, pour obtenir un rendez-vous.

M. Hajes : En fait, nous sommes très chanceux. Il n'y a aucune attente. Nous intervenons presque immédiatement. Si vous voulez parler à un conseiller à l'accueil, vous pouvez vous présenter en personne, et vous pourriez devoir attendre quelques heures s'il est avec quelqu'un d'autre, mais les patients recommandés par un médecin qui travaille dans une clinique externe peuvent être servis le jour même.

De même, les programmes en milieu hospitalier ne s'appuient pas sur des listes d'attente. Parfois, il y en a, lorsqu'il n'y a plus de lit, mais nous avons pu nous arranger avec l'hôpital général de Brandon pour qu'il assure un lit de médecine à un client pendant une journée ou deux, jusqu'à ce qu'une place se libère dans l'unité psychiatrique.

Le président : Comment réussissez-vous à offrir ce genre de services? Sérieusement, le sénateur Pépin a raison, parce qu'on entend toujours dire que des gens souffrant de maladies liées au stress doivent attendre jusqu'à trois mois pour recevoir des traitements.

M. Hajes : Non, non, nous n'avons pas ce problème dans l'ouest du Manitoba. Je crois que tout ça est vraiment attribuable à la planification de la réforme de la santé mentale.

J'ai longtemps dit que nous sommes très chanceux de pouvoir toujours compter sur l'immense appui de notre exécutif et de notre conseil d'administration. Nous avons reçu une part considérable du budget global affecté à la santé mentale, et cette allocation est meilleure que celle de tous les autres ORS du Manitoba. De plus, il ne fait aucun doute que nous avons bénéficié de notre expérience dans la fermeture du Centre de santé mentale de Brandon, ce qui nous a donné une bonne idée des besoins de la collectivité et nous a permis de structurer des programmes visant des groupes spécifiques, comme le Centre for Geriatric Psychiatry. Habituellement, nous admettons le jour même une personne âgée qui souffre de démence, selon les arrangements nécessaires.

Le sénateur Pépin : Avez-vous suffisamment de médecins?

M. Hajes : Non, je ne dirais pas que nous avons suffisamment de médecins. Nous avons suffisamment de lits et suffisamment d'installations, et suffisamment de programmes pour répondre aux besoins qui se présentent.

The Chairman: You have enough workers, but they may not be doctors.

Mr. Hajes: We have a large generic workforce of community mental health workers that have credentials of psychiatric nursing, psychology and social work. The Brandon Mental Health Centre employed a similar staff that did not include many psychiatrists and physicians.

In fact, truth be told, we went through a period of very lean years. At one point in time, we actually had one psychiatrist who came from Winnipeg two or three days a week to sign the documents, and we had a couple of physicians with some mental health experience. That developed the capability and the capacity of the non-medical workforce to be able to respond to the needs. The competencies of our workforce are significantly better, I believe, than what you would see in most other mental health regions.

I want to emphasize that I believe very strongly that we have always received very good support from our executive and our boards. They have given us strong recognition both financially and functionally of the importance of mental health as part of the spectrum of health conditions. Their support has enabled us to develop very good planning for services, and thus far, it has worked out quite well.

We have come across some unanticipated difficulties that are associated with the closure of BMHC. We are still working our way through those difficulties. I do not mean to suggest that we cannot use more funding.

Senator Pépin: No, no, that I know.

Mr. Hajes: We do not want to open up more beds, but we certainly need additional services to ensure that there is better flow through with those beds.

Senator Pépin: I am from Montreal; many years ago, we closed the mental health centre of Saint-Jean-de-Dieu. I have the feeling that many of the people that should be in that facility are now on the street, in jail, or elsewhere. The closing of that facility has left a negative impact on the people of Montreal.

I suspect that before the closure of Saint-Jean-de-Dieu there was little planning done such as the planning you did in the closure in Brandon.

Mr. Hajes: I would like Mr. White to talk about the community services planning.

As I said in my opening remarks, we really had the opportunity to plan and anticipate the point at which mental health reform would begin. It was not a governance directed initiative, it was a change in clinical practice in the industry.

As part of our standard clinical practice, we began to recognize that people should not stay in an institution for a long time, and as a result, our clinical methods began to change during the 1980s, and we began to return people home sooner. Somebody

Le président : Vous avez suffisamment d'employés, mais il ne s'agit pas nécessairement de médecins.

M. Hajes : Nous avons un vaste effectif générique de travailleurs en santé mentale communautaire qui ont des titres de compétence en soins infirmiers psychiatriques, en psychologie et en travail social. Le Centre de santé mentale de Brandon employait un effectif semblable qui ne comprenait pas beaucoup de psychiatres et de médecins.

En fait, pour vous dire la vérité, nous avons eu des années de vaches maigres. À un moment donné, un psychiatre de Winnipeg venait passer deux ou trois jours par semaine pour signer les documents, et nous avions quelques médecins qui avaient une certaine expérience en santé mentale. Cela a amené les employés qui ne sont pas des professionnels de la santé à apprendre à répondre aux besoins. Les compétences de notre effectif sont bien meilleures, je crois, que ce que vous verriez dans la plupart des autres régions de santé mentale.

Je vous le répète : je crois fermement que nous avons toujours bénéficié d'un très bon appui de notre exécutif et de nos conseils d'administration. Ils ont reconnu, sur le plan financier et fonctionnel, l'importance de la santé mentale dans le spectre des problèmes de santé. Grâce à leur soutien, nous avons pu très bien planifier nos services, et, jusqu'ici, ça a plutôt bien fonctionné.

Nous nous sommes butés à quelques difficultés imprévues associées à la fermeture du CSMB. Nous ne nous en sommes pas encore sortis. Je ne veux pas que vous croyiez que nous n'avons pas besoin de plus de financement.

Le sénateur Pépin : Non, non, je le sais.

M. Hajes : Nous ne voulons pas ajouter de lits, mais ce qui est certain, c'est que nous avons besoin d'autres services pour nous assurer un meilleur roulement.

Le sénateur Pépin : Je viens de Montréal; il y a de nombreuses années, nous avons fermé le centre de santé mentale de Saint-Jean-de-Dieu. J'ai comme l'impression que bon nombre des gens qui devraient se trouver dans cet établissement vivent maintenant dans la rue, sont en prison, ou ailleurs. La fermeture de cet établissement a eu un impact négatif sur les gens de Montréal.

Je soupçonne que, avant la fermeture de Saint-Jean-de-Dieu, on n'élaborait pas beaucoup de plans comme ceux que vous avez établis pour la fermeture à Brandon.

M. Hajes : J'aimerais que M. White parle de la planification des services communautaires.

Comme je l'ai dit dans mon introduction, nous avons vraiment eu la possibilité de planifier et de prévoir le point où commencerait la réforme de la santé mentale. C'était non pas une initiative axée sur la gouvernance, mais bien un changement de la pratique clinique dans l'industrie.

Dans le cadre de notre pratique clinique normalisée, nous avons commencé à reconnaître que les gens ne devraient pas rester longtemps dans un établissement, et, par conséquent, nos méthodes cliniques ont commencé à charger au cours des

with tremendous foresight back in the mid 1970s established a community health program that moved psychiatric nurses from Brandon Mental Health Centre out into the rural communities, where they lived, and they became part of the community. Ms. Smith pointed out the importance of understanding what farm family life is like. Well, you know, we have had that community mental health program operating in Southwestern Manitoba since the mid 1970s. It is not difficult for us to have somebody admitted to acute needs, to stabilize and treat them and have them return home and receive follow-up with their physician and the community mental health worker. We have that program in place.

As for the issue of closure and homelessness, like many psychiatric facilities closures in the last 10 or 15 years, much of the population has been elderly. We were able to make a concentrated effort to return elderly people to their home communities, into normalized settings. Many of them went back to personal care homes. Initially there was tremendous fear and reluctance by personal care homes.

The Chairman: Nursing homes?

Mr. Hajes: Yes, we heard many statements about chaos and aggression, and reactions based on myths and misconceptions about mental health. We did a lot of work with personal care homes and the staff, and little by little, we began to move elderly long-term clients from BMHC back to their home communities where they maybe had not been for 20 or 30 years, but still had family in the area.

We were able to build in incentives for many of personal care homes, if they were willing to take X number of clients. We also promised staff from BMHC as it closed, and some staff had the opportunity to retain their positions and move to another community. Communities benefited from having this experienced staff move and work in the personal care homes as well. The incentive program worked quite well for both parties.

Our planning enabled us to anticipate the issue of homelessness, and we do have something of an issue in Brandon and the community, but nothing near the magnitude that you would see in larger cities. I think this certainly speaks in part to the size of Brandon and surrounding area which makes the operations of the mental health program quite good. Brandon and area has the benefits of a city and is small enough to recognize when the population is in trouble. We are able to spot people who need help and have the facilities to help them get better.

années 80, et nous avons commencé à renvoyer plus tôt les gens chez eux. Au milieu des années 70, quelqu'un d'extrêmement prévoyant a établi un programme de santé communautaire selon lequel les infirmières et infirmiers en soins psychiatriques du Centre de santé mentale de Brandon ont été déplacés dans les collectivités rurales, où ils vivaient, et ils sont devenus partie intégrante de la collectivité. Mme Smith a signalé à quel point il est important de comprendre la vie d'une famille d'agriculteurs. Eh bien, vous savez, ce programme de santé mentale communautaire existe dans le sud-ouest du Manitoba depuis le milieu des années 70. Ce n'est pas difficile pour nous de faire admettre quelqu'un en soins actifs, de le stabiliser et de le traiter et ensuite de le renvoyer chez lui et de faire assurer un suivi par un médecin et un travailleur en santé mentale communautaire. Ce programme est en place.

En ce qui a trait à la fermeture d'établissements et à l'itinérance, comme, dans bien des cas, des établissements psychiatriques ont fermé leurs portes au cours des dix ou quinze dernières années, une bonne partie de la population sont des personnes âgées. Nous avons pu conjuguer nos efforts pour renvoyer les personnes âgées dans leur collectivité d'origine, dans des milieux normalisés. Bon nombre d'entre elles sont retournées dans des foyers de soins personnels. Au début, les responsables des foyers de soins personnels avaient énormément peur et étaient très réticents.

Le président : Des maisons de soins infirmiers?

M. Hajes : Oui, on a beaucoup entendu parler de chaos et de comportements agressifs, et de réactions fondées sur des mythes et des idées fausses sur la santé mentale. Nous avons beaucoup travaillé avec les foyers de soins personnels et leurs employés, et, petit à petit, nous avons commencé à retirer les personnes âgées qui séjournaient depuis longtemps au CSMB pour les renvoyer dans leur collectivité d'origine, où elles n'étaient peut-être pas allées depuis 20 ou 30 ans, mais où elles avaient encore de la famille.

Nous avons pu créer des incitatifs pour bon nombre de foyers de soins personnels, sous réserve qu'ils prennent x nombre de bénéficiaires. Nous leur avons également promis du personnel du CSMB, parce qu'il fermait ses portes, et certains employés ont pu garder leur poste et aller dans une autre collectivité. Les collectivités ont également bénéficié de la réinstallation de personnel expérimenté dans les foyers de soins personnels. Le programme d'incitatifs a plutôt bien fonctionné pour les deux parties.

Notre planification nous a permis de prévoir le problème de l'itinérance. L'itinérance est un problème à Brandon et dans la collectivité, mais ce n'est rien à côté de ce qu'on voit dans les grandes villes. Je pense que cela est sûrement attribuable en partie à la taille de Brandon et de la région avoisinante, ce qui fait que les activités du programme de santé mentale sont plutôt bonnes. Brandon et la région qui l'entoure ont tous les avantages d'une ville et sont suffisamment petites pour qu'on puisse reconnaître à quel moment la population ne va pas bien. Nous pouvons reconnaître les gens qui ont besoin d'aide, et nous avons les établissements nécessaires pour les aider à prendre du mieux.

The people that we tend to have difficulty with in terms of homelessness and things like criminal behaviour are people that we have lots of difficulty in engaging in our service. There are certainly those who want nothing to do with us, and in spite of our best efforts, still refuse any service. Those are people who will end up being homeless or otherwise in trouble in the community.

Mr. Brent White, Program Manager, Residential and Support Services, Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority: In making connections with people, we are not without difficulty. One of the things that emerged out of our closure and relocation of service, in particular for people with severe and persistent mental health problems, related to housing. We believe that the equation for success for better outcomes is to connect the provision of community based supports and supportive services with affordable and adequate housing. And I am sure in your other presentations across Canada, you have experienced similar stories.

We have had a community-based response, again related to our challenges around housing and developing partnerships with other organizations and agencies. We developed an integrated housing model, which involves partners like Manitoba Housing and non-traditional partners that include private and public funders. We work directly with property owners through some very good federal and provincial partnership initiatives, around affordable housing initiatives. That relationship helps in the redevelopment of affordable and adequate housing. We have been able to advance the case for people with severe and persistent illness to be able to access those newly developed residences.

The issue with housing is that it is not only bricks and mortar; it is about providing support services to people so they can engage in the community in a meaningful way. Proper housing must involve the combination of professional and paraprofessional staff.

In Brandon, we have developed something we call a "proctor service," which has been likened to home care service, if you will, for mental health clients. Those individuals provide support services to individuals supporting long-term goals. It involves the client in terms of an empowerment process, engaging them in working towards their goals, which might be living goals, educational goals, vocational, or social goals.

We have paid a lot of attention to the provision of supportive social programming as well for people. One of our strong partners, as an example, is a local downtown church. The church has opened its doors to people to participate fully in whatever they have to offer. That type of partnership is very helpful. It is not an office-based practice in terms of community mental health; it is not a 9:00 a.m. to 5:00 p.m. piece. It follows people that need

Les personnes qui ont tendance à nous poser problème au chapitre de l'itinérance et de choses comme le comportement criminel sont des gens que nous avons beaucoup de mal à faire participer à notre service. Il y a bien sûr ceux qui ne veulent rien savoir de nous, et qui, malgré nos meilleurs efforts, refusent toujours nos services. Ces personnes finiront par être des sans-abri ou, d'une façon ou d'une autre, par avoir des ennuis dans la collectivité.

M. Brent White, gestionnaire de programme, Services résidentiels et de soutien, programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon : Les liens avec les gens ne se nouent pas sans difficulté. L'une des choses qui sont ressorties de notre fermeture et du déménagement des services, plus précisément pour ce qui est des gens qui souffrent de problèmes de santé mentale graves et persistants, a trait au logement. Nous croyons que la recette du succès, pour obtenir de meilleurs résultats, c'est de relier la prestation de services et de mécanismes de soutien communautaires à un logement abordable et adéquat. Et je suis certain que, dans les autres exposés qui vous ont été présentés un peu partout au Canada, vous avez entendu des histoires semblables.

Nous avons lancé un programme d'intervention communautaire, encore une fois en relation avec nos problèmes de logement et l'établissement de partenariats avec d'autres organisations et organismes. Nous avons élaboré un modèle de logement intégré, qui regroupe des partenaires comme le ministère du Logement du Manitoba et des partenaires non traditionnels, comme des bailleurs de fonds privés et publics. Nous travaillons directement avec les propriétaires fonciers dans le cadre de très bonnes initiatives de partenariat fédéral-provincial, et nous travaillons à établir des projets de logement abordable. Cette relation contribue à la reconstruction de logements abordables et adéquats. Nous avons pu faire valoir le fait que les personnes aux prises avec une maladie grave et persistante doivent accéder à ces nouvelles résidences.

Le problème, avec le logement, c'est qu'il ne s'agit pas seulement de construction; il faut aussi offrir aux gens des services de soutien pour qu'ils puissent participer concrètement à la collectivité. Pour aménager des logements appropriés, ça prend des professionnels et des paraprofessionnels.

À Brandon, nous avons élaboré quelque chose que nous appelons un « service de surveillance », qui ressemble aux services des soins à domicile, si vous voulez, pour les bénéficiaires en santé mentale. Des gens offrent des services de soutien aux personnes pour qu'elles réalisent leurs objectifs à long terme. Le bénéficiaire est habilité, car il travaille à atteindre ses buts, qui peuvent avoir trait à sa vie, aux études, à une profession ou à sa vie en société.

De plus, nous avons accordé beaucoup d'attention à l'exécution de programmes sociaux de soutien à l'intention des gens. L'un de nos fidèles partenaires, par exemple, est une église du centre-ville. L'église a ouvert ses portes aux gens afin qu'ils participent pleinement, quel que soit ce qu'ils ont à offrir. Ce type de partenariat est très utile. Ce n'est pas une pratique de bureau au chapitre de la santé mentale communautaire; ce n'est pas un

help and forges relationships with them. We are hopeful that through the provision of supports and adequate housing, we will see long-term better outcomes.

The Chairman: When you talk about your community, do you mean Brandon exclusively? You service a very wide-spread area. Am I right in assuming, particularly with your reference to the other services, that the supportive housing program is really in Brandon? If someone in one of the rural communities has a problem, do they have to come into Brandon for assistance?

Mr. White: It is partly correct. One of the realities of rural life is depopulation, and for a long time, there has been a lot of relocation to larger centres to access service. There is, similarly in the Assiniboine Regional Health Authority, the ability to access mental health proctors on a smaller of scale. However, the reality around provision of supportive housing is it has emerged as being something of a model in the Brandon area. We have collaborated with the Assiniboine Regional Health Authority as part of that model as well, but the reality is many people do end up relocating into Brandon to access supportive services.

Senator Pépin: We speak about the elderly, but what about the same services for the young people in that area. Do you offer the same kind of services and if so is the accessibility the same?

Ms. Elaine Morris, Project Mental Health Worker, Children's Medication Follow Up Project, Brandon Mental Health Programs and Brandon School Division, Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority: The Child and Adolescent Treatment Centre is a facility that is in Brandon for young children. It has an out-patient component and an in-patient component as well as a day treatment component to it where middle years and adolescents can attend individual and group therapy sessions. We also have a school program. Much like the other services, we have two intake workers at the facility. It is a 10 patient, in-patient unit. People can walk in or call, or a physician, or parent, or the school can make a referral to the Adolescent Treatment Centre. They can come in and see an intake worker who determines if they should have a psychiatric evaluation, see a psychologist, or one of the community mental health workers.

Some of the out-patient workers go directly to the schools to meet with children right because there is still a stigma involved in mental health issues and some children do not like to come to the centre. They are seen as a bad child as opposed to just having some issues.

travail de 9 h à 5 h. Ça permet de suivre les gens qui ont besoin d'aide et de nouer des liens avec eux. Nous sommes certains que, grâce à la prestation de mesures de soutien et au logement adéquat, nous obtiendrons de meilleurs résultats à long terme.

Le président : Lorsque vous parlez de votre collectivité, parlez-vous exclusivement de Brandon? Vous servez une région très vaste. Est-ce que j'ai raison si je dis que, surtout lorsque vous parlez des autres services, le programme de logement supervisé est en réalité offert à Brandon? Si une personne vivant dans une collectivité rurale a un problème, est-ce qu'elle doit venir à Brandon pour avoir de l'aide?

M. White : C'est en partie exact. L'une des réalités de la vie rurale est le dépeuplement, et, pendant longtemps, beaucoup de gens ont dû déménager dans les grands centres pour accéder aux services. Dans la région servie par l'Office régional de la santé d'Assiniboine, on peut de la même façon accéder à des services de surveillance en santé mentale à plus petite échelle. Cependant, la réalité du logement supervisé, c'est que c'est aujourd'hui en quelque sorte un modèle dans la région de Brandon. Nous avons également collaboré avec l'Office régional de la santé d'Assiniboine dans le cadre de ce modèle, mais la réalité, c'est que bien des gens finissent par déménager à Brandon pour accéder à des services de soutien.

Le sénateur Pépin : Nous parlons des personnes âgées, mais qu'en est-il des services offerts aux jeunes dans cette région? Offrez-vous le même genre de services, et, le cas échéant, est-ce que l'accessibilité est la même?

Mme Elaine Morris, travailleuse spécialisée en santé mentale, Projet de suivi sur la médication des enfants, Programme de santé mentale de Brandon et de la division scolaire de Brandon, Programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon : Le Child and Adolescent Treatment Centre, soit le centre de traitement des enfants et des adolescents, est un établissement de Brandon pour les jeunes enfants. On y trouve un service de consultation externe et un service de consultation interne, ainsi qu'un centre de traitement de jour, où les enfants et les adolescents peuvent suivre des thérapies individuelles et de groupe. Nous avons également un programme scolaire. À l'instar des autres services, nous avons deux préposés à l'accueil. Il s'agit d'une unité d'hospitalisation pouvant accueillir dix patients. Les gens peuvent venir nous voir ou nous téléphoner, ou un médecin, un parent ou l'école peut nous les recommander. Ils peuvent venir voir un préposé à l'accueil, qui détermine s'ils devraient subir une évaluation psychiatrique, consulter un psychologue, ou l'un des travailleurs en santé mentale communautaire.

Certains employés des services de consultation externes vont directement dans les écoles pour rencontrer les enfants parce qu'il y a encore des stigmates associés aux problèmes de santé mentale et que certains enfants n'aiment pas venir au centre. Ils sont perçus comme de mauvais enfants et non comme des enfants qui ont juste quelques problèmes.

The in-patient unit is a 10-bed unit, and I am not sure what the waiting lists are but they are not long. Like with the adults, if they can be accommodated in pediatrics in the Brandon Regional Health Hospital, they will hold them for a day or so if necessary until other arrangements can be made.

We have certainly seen a shift towards seeing younger and younger individuals. When I first started in children's mental health, we would have never admitted anyone under the age of 13, and now we are seeing seven and eight year olds being admitted for significant emotional issues.

Senator Pépin: I think it is great comfort to know that they can go to such a facility.

Mr. Hajes: If I may just add an additional remark. One of the key initiatives is the transition of adolescents into adulthood. This is an area where we have found difficulty because after 18 years of age these children seem to disappear. We have developed a practice that at 16 years we begin to bring the adult services and the children services together to anticipate the point of transition and do some planning for what services they are going to need when they turn 18. That transition involves mental health programs and often Child and Family Services where some of these children stay in group homes. We try to determine their needs and engage them in preparation for the transfer to adult services. We have a development team that is trying to make the transition seamless.

Senator Keon: Let me tell you how glad I am to hear from you. I have been looking forward to hearing about this operation for quite a long time. You have got great propaganda on the outside — no, I mean publicly — you deserve it, but the word is out that this is a very, very unique operation.

I am going to make a passing comment that I have never made before about the transition of children to adults, because it just keeps coming up and it is such a terrible problem. As our chairman has pointed out, there are kids in Ontario that are lost for two years because there is a two year gap between when they are a child and when they become an adult.

Quite frankly, in my past life I have dealt with this and it was not a problem at all. When the child turned 18, the records from the Children's Hospital in Ottawa were turned over to the Heart Institute, to the adult congenital clinic, and it was as simple as that, their next appointment was automatic. I do not know why other systems just do not use that system. For what it is worth, it never seemed complicated at all in our life and in my past life.

Let me come back now to first the Brandon program. Mr. Hajes raised the delicate balance that occurs in providing community support where these people can form their own little

L'unité d'hospitalisation est une unité de dix lits. Je n'ai pas pris connaissance des listes d'attente, mais je sais qu'elles ne sont pas longues. Comme pour les adultes, si les enfants peuvent être hospitalisés en pédiatrie à l'hôpital régional de Brandon, on les garde pendant une journée ou plus, au besoin, jusqu'à ce qu'on puisse s'arranger autrement.

Ça ne fait aucun doute : les bénéficiaires sont de plus en plus jeunes. Lorsque j'ai commencé à travailler en santé mentale des enfants, nous n'aurions jamais admis un enfant de moins de 13 ans, et, aujourd'hui, on admet des jeunes de 7 ou de 8 ans pour de graves problèmes affectifs.

Le sénateur Pépin : Je crois que c'est très rassurant de savoir qu'ils peuvent aller dans un tel établissement.

M. Hajes : Je voudrais juste ajouter quelque chose, si vous le permettez. L'une des initiatives clés concerne le passage de l'adolescence à l'âge adulte. C'est une période qui nous donne du fil à retordre, parce que, après 18 ans, ces enfants semblent disparaître. Nous avons mis au point une pratique selon laquelle, à l'âge de 16 ans, nous commençons à regrouper les services pour adultes et les services pour enfants afin de prévoir le point de transition et de planifier les services dont ils vont avoir besoin lorsqu'ils auront 18 ans. Pendant cette transition, il faut offrir des programmes de santé mentale, et souvent des services à l'enfance et à la famille, lorsque certains de ces enfants vivent dans des foyers de groupe. Nous essayons de déterminer leurs besoins et de les amener à se préparer à recevoir des services pour adultes. Nous avons une équipe de développement qui essaie de faire en sorte que la transition se fasse plus en douceur.

Le sénateur Keon : Laissez-moi vous dire à quel point je suis heureux de vous l'entendre dire. Il y a longtemps que je veux entendre parler de cet établissement. Vous faites l'objet d'une grande publicité à l'externe — non, je veux dire dans le public — et vous le méritez, mais tout le monde le sait : c'est un établissement très, très unique.

Je vais en profiter pour dire quelque chose que je n'ai jamais dit au sujet du passage de l'enfance à l'âge adulte, parce que ça revient toujours et que c'est un terrible problème. Comme notre président l'a signalé, il y a des enfants en Ontario qu'on perd pendant deux ans parce qu'il y a un écart de deux ans entre le moment où ils sont des enfants et celui où ils deviennent des adultes.

Honnêtement, dans ma vie antérieure, j'ai composé avec ça, et ce n'était pas du tout un problème. Lorsque l'enfant avait 18 ans, les dossiers de l'Hôpital pour enfants d'Ottawa étaient transmis à l'Institut de cardiologie, à la clinique des maladies congénitales des adultes, et c'était aussi simple que ça, le prochain rendez-vous était fixé automatiquement. Je ne sais pas pourquoi les autres systèmes ne fonctionnent pas de cette façon. Pour ce que ça donne, ça n'a jamais semblé compliqué dans notre vie ni dans ma vie antérieure.

Permettez-moi de revenir maintenant au programme de Brandon, tout d'abord. M. Hajes a parlé de l'équilibre délicat qui découle du fait d'offrir un soutien communautaire, dans la

club to help and reinforce each other. He spoke about how community support provides these people with an understanding that they cannot get from the rest of society.

On the other hand, they cannot get too cozy or they get "ghettoized" as you mentioned. Frankly, I think you are the only people in the country with that problem because nobody else has been organized enough to get them in a cozy environment.

You have mentioned a few things about making certain that you had the right mix in housing, and they did not all go to one place and this kind of thing. Perhaps you can expand on that a little further because I think we need to implement your model across the country.

Mr. White: It is interesting that you make that comment. As part of mental health reform planning, we discussed whether to integrate or segregate community opportunities. I think, like all good Canadians, we came up with the answer that they should be both. What we have developed is a range of services that offer fully integrated experiences, and there are opportunities for people that may be in the clubhouse lines.

Historically, I think in Brandon was the first place that organized around the clubhouse model. We have Brandon Community Welcome based on the Fountain House model out of New York, which had a number of pillars around how consumers themselves, would organize themselves to become empowered, and look at their needs around housing, socialization, and certainly the needs around employment. Even before the closure of the Brandon Mental Health Centre, there was a clubhouse in operation in Brandon.

To add to all of that, we have tried to work cooperatively with our community partners to provide a range of services. Our community partners are the Canadian Mental Health Association, and church groups. We meet people with interests in things like fishing, woodworking, and music. Music is an excellent example. We have a street person's music group, for want of a better term.

What is significant about that is that these are the same things that in our own lives we look to as quality of life measures. We need to pay attention to those other measures, like whether people are working or not, because if we do not pay attention we miss significant opportunities to engage people in a process that should in the long run help them have better outcomes.

Ms. Smith: I just want to share an example, also from another life. I was a proctor in Mr. White's program. We live in Brandon. The Brandon mental health system's vision and belief system is that people with mental illness are people first.

mesure où les gens peuvent former leur propre petit club afin de s'entraider et de se fortifier les uns les autres. Il a mentionné que le soutien communautaire permet à ces gens de recevoir la compréhension qu'ils ne peuvent obtenir du reste de la société.

Par contre, il ne faut pas qu'ils soient trop bien installés ni qu'ils forment des « ghettos », comme vous l'avez précisé. Pour vous dire bien franchement, je crois que vous êtes les seules personnes au pays avec ce problème, car personne d'autre n'a su assez bien s'organiser pour apporter à ces gens un milieu douillet.

Vous avez mentionné certaines choses au sujet de l'importance d'avoir la bonne répartition de logements et de s'assurer, entre autres, qu'ils ne servent pas tous les mêmes besoins. Peut-être pourriez-vous élaborer un peu, car je crois que nous devrions appliquer votre modèle à l'échelle du pays.

M. White : Je trouve intéressant que vous fassiez ce commentaire. Dans le cadre des activités de planification de la réforme de la santé mentale, nous avons discuté de la question de savoir si nous devons intégrer ou séparer les débouchés communautaires. Je crois que, comme tout bon Canadien, nous sommes arrivés à la conclusion qu'il faudrait faire les deux. Nous avons donc élaboré une gamme de services offrant des expériences complètement intégrées, de même que des débouchés s'adressant aux personnes rattachées à un club.

Sur le plan historique, je crois que Brandon est le premier endroit organisé d'après le modèle des clubs. Nous avons la coopérative Brandon Community Welcome, fondée sur le modèle de la Fountain House, établie à New York, qui a déterminé entre autres que les consommateurs eux-mêmes doivent prendre la situation en main pour acquérir de l'autonomie et répondre à leurs besoins en logements, en rapports sociaux et sans aucun doute en emploi. Même avant la fermeture du Centre de santé mentale de Brandon, il y avait un club tout à fait fonctionnel dans cette ville.

En plus de tout ça, nous avons essayé de travailler en collaboration avec nos partenaires communautaires afin d'offrir une vaste gamme de services. Nos partenaires communautaires sont l'Association canadienne pour la santé mentale et des groupes confessionnels. Nous rencontrons des gens intéressés par différentes choses, comme la pêche, la menuiserie et la musique. La musique est un excellent exemple. Nous avons un groupe de musique des gens de la rue, si nous pouvons l'appeler comme ça.

Ce qui est important ici, c'est que ce sont les mêmes choses que nous envisageons dans notre propre vie comme mesures de qualité de vie. Nous devons faire attention aux autres mesures comme celles fondées sur le fait qu'une personne travaille ou non, car nous risquons sinon de manquer de très bonnes occasions d'amener les gens à entreprendre un processus qui devrait les aider à obtenir de meilleurs résultats à long terme.

Mme Smith : Je tiens seulement à vous faire part d'un exemple, qui me vient d'une vie antérieure. J'ai été surveillante dans le cadre du programme de M. White. Nous habitons à Brandon. Selon la vision du système de santé mentale de Brandon et son système de croyances, les gens atteints d'une maladie mentale sont avant tout des gens.

I was a proctor yet I do not have a background in mental health care. I am not a mental health care worker. However, I have connections within the community. In my capacity as proctor, I worked with three men who suffered from schizophrenia, and through my community connections linked them to other community activities.

This is not rocket science; it is about relationship building. It might be as simple as spending the time to go shopping or to a movie with these people; otherwise, they might live very isolated lives. We must reach out to these people once their day programs have finished. I have invited these people to join my family for dinner and participate with them in a community garden project.

So it is not rocket science. I think it is just about relationship building. I do not know if that is unique in Brandon or not, but I know it works.

Senator Keon: It is very interesting, is it not, that you have a community that can care for these people who cannot care for themselves. "It takes a village to raise a child."

How many community health centres do you have in Brandon?

Mr. White: I just want to come back to the housing issue. I do not want to leave that today without really underscoring the importance of affordable housing. It sounds like we have good services, and I believe that we do, but we have very much been challenged by the whole housing part of the equation. The gap to market rents is a substantial problem. Rent supplements, really can make a big difference in whether people are able to sustain themselves in the community.

As part of our community development principle the regional health authority offices are located in the downtown core area. Historically, mental health facilities were located outside of the city itself.

The Chairman: I grew up in Montreal and it was called the "insane asylum," but it was designed to be not near anybody. Out of sight, out of mind.

Mr. Hajes: And literally on a hill overlooking the city, yes.

Mr. White: When mental health reform planning began, one of the most significant developments was the new location of mental health services, community based services and the regional administration offices. All of these facilities are located in a downtown shopping mall in Brandon. That is a community economic development principle, but it is also a principle around accessibility for people.

The Centre for Adult Psychiatry is close to other health services. It is located on the grounds of the Regional Health Centre, with all of the other departments. That in itself is "de-stigmatizing" as well.

J'ai été surveillante, mais je n'ai pas d'expérience dans le domaine des soins de santé mentale. Je ne suis pas une travailleuse en santé mentale. Toutefois, j'ai des liens avec la collectivité. En ma qualité de surveillante, j'ai travaillé auprès de trois hommes qui souffraient de schizophrénie, et, grâce à mes liens avec la collectivité, j'ai pu les aiguiller vers d'autres services communautaires.

Ce n'est pas sorcier : il s'agit de nouer des liens. Ça peut être aussi simple que de prendre le temps d'aller magasiner ou voir un film avec ces gens; autrement, ils peuvent rester très isolés. Nous devons établir des liens avec eux en dehors de leur programme de jour. J'en ai invité à se joindre à ma famille pour le souper, et je participe avec eux à un projet de jardin communautaire.

Donc, ce n'est pas sorcier. À mon avis, il s'agit simplement de nouer des liens. Je ne sais pas si c'est propre à Brandon ou non, mais je sais que ça marche.

Le sénateur Keon : C'est très intéressant, en effet, que votre collectivité soit en mesure d'aider ces gens, qui ne peuvent s'aider eux-mêmes. Comme on dit, il faut tout un village pour élever un enfant.

Combien de centres de santé communautaire avez-vous à Brandon?

M. White : Je tiens à revenir sur la question des logements. Je ne veux pas partir d'ici aujourd'hui sans avoir vraiment souligné l'importance des logements abordables. Nous avons l'air d'avoir de bons services, et je crois bien que c'est le cas, mais nous avons par ailleurs beaucoup de problèmes sur le plan des logements. L'incapacité de payer les prix des loyers sur le marché est un important problème. Les suppléments au loyer peuvent faire une grosse différence lorsque les gens essaient de subvenir eux-mêmes à leurs besoins dans la collectivité.

Enchâssés dans notre principe de développement communautaire, les bureaux de l'Office régional de la santé sont situés au cœur du centre-ville. Naguère, les établissements de santé mentale étaient situés en dehors de l'enceinte de la ville.

Le président : J'ai grandi à Montréal, et on l'appelait « l'asile des fous », mais on veillait à ce que ce ne soit pas près des gens. Comme on dit, ce qu'on ne sait pas ne fait pas mal.

M. Hajes : Oui, et le tout était installé sur le haut d'une colline surplombant carrément la ville.

M. White : Lorsqu'on a entrepris les activités de planification de la réforme de la santé mentale, parmi les plus importantes améliorations apportées, il y avait le nouvel emplacement des services de santé mentale, des services communautaires et des bureaux de l'administration régionale. Tous ces établissements sont situés dans un centre commercial du centre-ville, à Brandon. C'est non seulement un principe de développement économique communautaire, mais aussi un principe entourant les services d'accessibilité pour les gens.

Le Centre de psychiatrie pour adultes est près des autres services de santé. Il est situé sur la propriété du Centre de santé régional, avec tous les autres services. C'est déjà quelque chose qui, en soi, permet de contrer la « stigmatisation ».

Crisis services are located in the downtown area, not in a specific building per se, but in an older Victorian house, again in a community based setting. Residential services locations are available throughout the community as well. We have really worked hard to not exclusively use one building within social housing. We have looked at trying to incorporate and integrate it across the board. As new housing developments occur, rather than having a floor or a building that is dedicated to mental health housing, it is integrated. There might be two units one place, there might be three in another place. The idea is the distribution of services throughout the community.

The Adolescent Treatment Centre is located immediately next door to a local high school, not off somewhere separate. The close proximity of this centre helps to remove the stigma associated with mental illnesses.

Senator Keon: You get the picture very clearly. I think it is important to know.

Mr. Hajes: Seamlessness is a cliché that many people talked about, but our administrative design keeps all of the mental health programs under one administration, while other jurisdictions experienced the fragmentation of their mental health services.

As the program coordinator, all of the program managers report to me, and we all operate together as a management team. The program manager for the Centre for Adult Psychiatry in-patient unit sits at the same table as the adult community mental health program director. All of our programs compliment each other, and enables us to sustain a seamless system, because people talk to one another, and have the same pathways of accountability.

In other jurisdictions, the services for the elderly are over there, reporting through one stream, adult services somewhere else, and those paths never cross.

Senator Keon: I want to congratulate the Canadian Agriculture Safety Association on the tremendous concept of providing telephone consultation. I think that is a tremendous idea. I think it is tremendously therapeutic for people to talk on the telephone. Although, I have only got one daughter and she went to England for her education, and she married a guy and stayed there, she now has three children and her therapy is talking to her mother for two hours everyday, at my expense.

Ms. Smith: We will leave you our card.

The Chairman: I am very much looking forward to voice over the Internet.

Senator Keon: The other thing I was chuckling about is I grew up in a rural community in western Quebec, and as a boy, there were probably about 30 people on the same telephone line. So

Les services de crise sont situés dans le secteur du centre-ville, non pas dans un édifice en soi, mais dans une vieille maison victorienne, et, là encore, dans un milieu communautaire. Des services résidentiels sont également offerts un peu partout dans la collectivité. Nous nous sommes vraiment efforcés de ne pas utiliser exclusivement un édifice de logements sociaux. Nous avons essayé d'intégrer le tout dans l'ensemble des secteurs. À mesure que de nouveaux projets de développement des logements prennent forme, au lieu de consacrer un étage ou un édifice à des logements en santé mentale, on intègre le tout. On peut très bien se retrouver avec deux unités à un endroit, et trois, à un autre endroit. L'idée, c'est de répartir les services un peu partout dans la collectivité.

Le Centre de traitement des adolescents est situé juste à côté d'une école secondaire locale, non pas dans un endroit éloigné. La proximité de ce centre aide à éliminer la stigmatisation associée aux maladies mentales.

Le sénateur Keon : Vous avez brossé un tableau très clair de la situation. Je crois que c'est important de le savoir.

M. Hajes : Le service sans interruption est un mythe dont beaucoup de gens ont parlé, mais nous avons établi un modèle selon lequel tous les programmes de santé mentale sont administrés centralement, tandis que d'autres compétences ont connu la fragmentation de leurs services de santé mentale.

Tous les gestionnaires de programme relèvent de moi, qui suis coordonnateur des programmes, et nous travaillons tous ensemble, à l'intérieur d'une équipe de gestion. Le gestionnaire de programme de l'unité d'hospitalisation du Centre de psychiatrie pour adultes siège à la même table que le directeur des programmes communautaires de santé mentale. Tous nos programmes se complètent, ce qui nous permet d'avoir un système sans interruption, car les gens se parlent et ont les mêmes moyens de garantir la reddition de comptes.

Dans d'autres compétences, les services destinés aux aînés sont situés à un endroit et relèvent d'une branche particulière, tandis que les services offerts aux adultes se trouvent ailleurs, où leurs chemins ne se croiseront jamais.

Le sénateur Keon : Je tiens à féliciter l'Association canadienne de sécurité agricole de l'excellente idée qu'elle a eue d'offrir des consultations par téléphone. Je crois que c'est une idée formidable. Je crois que c'est un remède extraordinaire pour ces gens que de parler au téléphone. Par ailleurs, j'ai une seule fille, et elle est partie faire ses études en Angleterre, où elle s'est mariée et habite encore, avec son mari et ses trois enfants, et sa thérapie consiste à parler à sa mère pendant deux heures chaque jour, à mes frais.

Mme Smith : Nous vous laisserons notre carte d'affaires.

Le président : J'ai très hâte qu'on puisse communiquer de vive voix par Internet.

Le sénateur Keon : L'autre chose qui me faisait sourire, c'était de me rappeler que, dans la collectivité rurale de l'ouest du Québec où j'ai grandi, quand je n'étais encore qu'un petit garçon,

listening in on this party line was the most interesting thing you could do at night. How interesting it would be now to listen to the therapy of Ms. Smith on the rural line.

I want to make a comment about tele-health. In my previous life, I had a lot of experience with tele-health, and used it extensively. One of the problems you run into in tele-health is the technocrats will price you out of the market if you are not careful. You know, they want to the broadest band you can get so you can send everything across the screen and this kind of thing, and you really do not need all that service.

At the home care program that we ran out of our institution before I retired, people just used their television sets as receivers, and you can do that very cheaply. You can have face-to-face consultation quite cheap instead of going for the deluxe installations, and I caution you to look into that very carefully before you are stuck for a major bill.

I think it is tremendously important that rural people have access to this service. They have been left out of the system; there is no question about it, in every way when it comes to health, but particularly for mental health.

I encourage you to continue, and will ensure you that Senator Stollery and I will be highlighting this in our report so that it does not get lost in it.

Ms. Smith: I think we recognize the limitations as well as the benefits of telephone counselling. Certainly, for the individuals who live in rural and remote areas, it offers them immediate access. It is toll free and it is confidential. Our hours of operation are not 24 hours, however, so we do not have funding to offer that service. Mr. Hachault mentioned that most farmers want evening and overnight service so that is a problem. Our service is available from 10:00 a.m. until 9:00 p.m. Monday to Friday, and 12:00 p.m. to 5:00 p.m. on Saturday. We recognize the benefits and the limitations of what we can provide.

When we identify that a client may be experiencing severe persistent mental illness we take advantage of our link with the community mental health workers. We have lists of all of them throughout the province. We are kind of a first line, where they first stop, because of the pride, the stigma, and the lack of understanding of mental health services. Clients might not initially go to see a mental health worker, because their stress is associated with the inability to pay bills. So why would you go to see a mental health worker to talk about bill problems?

We understand fully that the outcome of financial triggers, if you will, is things like depression, anxiety, suicidal ideation, and marital difficulties, all of the kinds of things that professionals

il y avait probablement environ 30 personnes qui utilisaient la même ligne téléphonique. Par conséquent, l'une des choses les plus intéressantes que nous pouvions faire le soir, c'était d'écouter toutes ces conversations. Comme ça doit être intéressant d'écouter maintenant la thérapie de Mme Smith sur la ligne rurale.

Je tiens à présenter des commentaires au sujet de la télésanté. Au cours d'une vie antérieure, j'ai beaucoup fait l'expérience de la télésanté, et je l'ai utilisée largement. Parmi les problèmes auxquels on fait face dans ce domaine, mentionnons le fait que les technocrates rendront ce marché trop cher pour vous si vous ne faites pas attention. Vous savez, ils veulent la plus large bande possible pour que vous puissiez, entre autres choses, envoyer n'importe quoi sur l'écran, alors que vous n'avez pas vraiment besoin de tous ces services.

Dans le cadre du programme de soins à domicile que nous dirigeons de notre établissement avant que je prenne ma retraite, les gens utilisaient tout simplement leur téléviseur comme récepteur, ce que n'importe qui peut faire pour très peu. Vous pouvez avoir une consultation face à face moyennant relativement peu de frais, au lieu d'y aller pour des installations de pointe, et je vous recommande de bien vous informer pour ne pas vous retrouver avec une grosse facture.

Je crois qu'il est extrêmement important que les habitants des régions rurales aient accès à ce service. Ils ont été laissés en dehors du système, ça ne fait pas de doute, dans tous les secteurs de la santé, mais notamment celui de la santé mentale.

Je vous encourage à poursuivre dans cette voie et à vous assurer que le sénateur Stollery et moi-même soulignerons cela dans notre rapport, de sorte qu'on ne passe pas par-dessus.

Mme Smith : Je crois que nous reconnaissons les limites aussi bien que les avantages du counselling par téléphone. Celui-ci offre sans aucun doute un accès immédiat aux habitants des régions rurales et éloignées. Il y a un numéro sans frais, et c'est confidentiel. Toutefois, nous ne sommes pas ouverts 24 heures sur 24, car nous n'avons pas le financement requis pour offrir ce service. M. Hachault a précisé que la plupart des agriculteurs veulent un service de soir et de nuit, de sorte que cela pose problème. Notre service est offert de 10 h à 21 h, du lundi au vendredi, et de midi à 17 h le samedi. Nous reconnaissons les avantages et les limites de ce que nous pouvons offrir.

Lorsque nous déterminons qu'un client souffre de troubles mentaux graves et persistants, nous tirons parti de nos liens avec les travailleurs communautaires en santé mentale. Nous avons des listes de tous ces travailleurs pour l'ensemble de la province. Nous sommes pour ainsi dire un service de première ligne, où les gens se rendent en premier, compte tenu de la fierté, de la stigmatisation et du manque de compréhension des services de santé mentale. Les clients ne vont pas nécessairement voir tout de suite un travailleur en santé mentale, car leur stress peut être associé à leur incapacité de payer leurs factures. Par conséquent, se disent-ils, pourquoi irions-nous voir un travailleur en santé mentale pour nous plaindre que nous ne pouvons pas payer nos factures?

Nous sommes pleinement conscients du fait que le stress financier peut entraîner comme on le sait, des problèmes comme une dépression, de l'anxiété, des idées suicidaires et des problèmes

located within communities can help client's to overcome. Therefore, we see ourselves as part of services that can and should be offered to special populations.

Senator Johnson: I was away just for a minute there telling my colleagues about this fantastic work you have done in Brandon and it is a model for I think the country in many respects.

Can you tell me, what the cost differential is between the Brandon Mental Health Centre and the way you are doing things now? Is it a more costly venture to operate at the community level?

I would love to take this to Interlake and I would like to know what kind of money we are talking.

Mr. Hajes: I do not actually know.

Senator Johnson: You cannot put everything in dollars and cents, I am just curious to know is it going to be a hugely expensive sort of thing to promote.

Mr. Hajes: I do not think it is significantly more costly than the other system. I do not believe it is cheaper, because it does take significant funding to provide community services. If people are looking at significant cost savings as a driver for closing mental health centres and de-institutionalizing, I think that is the wrong reason.

I think the funding transferred gradually from the institution to the community programs. We have not noticed a significant effect in terms of the impact on our funding. We have simply used the funding that we have had available, and we have made submissions to Manitoba Health as we have proceeded for new initiatives, and some of those have been successful and added to our funding base.

Senator Johnson: Could we do this in the rest of the province, do you think? Could we do more of this in Manitoba?

Mr. Hajes: Yes, and some of that is being done.

Senator Johnson: Could you tell me where it is being done?

Mr. Hajes: All of the regions are submitting initiatives to Manitoba Health with requests for funding, particularly in areas like population health, in an effort to do more early intervention, early identification.

I am part of the provincial mental health network, where all of the managers for the various programs in the province meet on a regular basis, and these are the types of topics we discuss. I know that there is a strong interest in early intervention in Interlake.

Senator Johnson: I live in Gimli for part of the year and I know that it is almost impossible to get any intervention at all. While I am there I talk to people in the community, and I help them to

conjugaux, bref tous ces problèmes que les professionnels œuvrant dans les collectivités peuvent aider les clients à surmonter. Par conséquent, nous faisons partie de services qui peuvent et devraient être offerts aux populations spéciales.

Le sénateur Johnson : Je viens de m'arrêter quelques minutes pour parler à mes collègues du travail extraordinaire que vous avez fait à Brandon, et je crois que c'est un modèle pour le pays à beaucoup d'égards.

Pourriez-vous me dire : quelle est la différence de coût entre le Centre de santé mentale de Brandon et le mécanisme que vous utilisez maintenant? Est-ce un moyen plus coûteux de fonctionner à l'échelle communautaire?

J'aimerais beaucoup qu'on applique cela dans la région d'Interlake, et je voudrais savoir combien ça pourrait coûter.

M. Hajes : Je ne sais pas vraiment.

Le sénateur Johnson : Certes, on ne peut pas tout évaluer monétairement, mais je suis curieuse de savoir si ce serait quelque chose de très coûteux à promouvoir.

M. Hajes : Je ne crois pas que ce soit beaucoup plus coûteux que l'autre système. Je ne pense pas non plus que ce soit moins coûteux, car il faut quand même pas mal de fonds pour offrir des services communautaires. Si les gens veulent fermer les centres de santé mentale et poursuivre la désinstitutionalisation afin de réaliser d'importantes économies, je crois qu'ils ne le font pas pour la bonne raison.

Je crois que le financement a été peu à peu transféré des institutions aux programmes communautaires. Nous n'avons pas remarqué d'impact important sur notre financement. Nous avons simplement utilisé les fonds dont nous disposions : nous avons présenté des demandes de financement à Santé Manitoba, comme nous l'avions fait pour de nouveaux projets, et certaines d'entre elles ont été acceptées, tout en venant s'ajouter à notre financement de base.

Le sénateur Johnson : Pourrions-nous appliquer cela dans le reste de la province, à votre avis? Pourrions-nous faire la même chose ailleurs au Manitoba?

M. Hajes : Oui, et c'est ce qu'on fait déjà en partie.

Le sénateur Johnson : Pourriez-vous me dire où on le fait?

M. Hajes : Toutes les régions ont présenté des projets à Santé Manitoba afin d'obtenir du financement notamment dans des secteurs comme la santé des populations, dans le but d'effectuer des interventions plus rapides, un dépistage précoce.

Je fais partie du réseau provincial de santé mentale, mécanisme permettant à tous les gestionnaires des divers programmes offerts dans la province de se rencontrer régulièrement pour discuter de sujets de ce genre. Je sais qu'on est très intéressés par les services d'intervention précoce dans la région de Interlake.

Le sénateur Johnson : J'habite à Gimli pendant une partie de l'année, et je sais que c'est pratiquement impossible de bénéficier d'une intervention. Lorsque je suis là-bas, je parle avec les gens de

access services, just because of my knowledge of the system, but it is very difficult for the rural areas to get that type of service.

Mr. Hajes: I agree, and the further north you go and the more rural the area becomes the more difficult it becomes to access those services. It is unfortunate that people are penalized by virtue of where they live.

We have a very good situation in Brandon in part because of our geographic location and our mix of urban and rural environments. And it really is an issue of a lack of capability to expand programs and develop the mental health programs the way they need to, in order to respond to community need.

At the point of mental health reform, and again at the point of regionalization, programs and their funding were frozen. Truthfully, there have not been many initiatives approved with funding. There have been some areas that have been targeted. Supported housing is one of them where funding was released for that purpose. However, some of the other service initiatives that we resubmit every year rarely find their way to Treasury Board for approval.

Senator Johnson: Well, I know that there is a tremendous amount of stress in the rural areas such as Gimli. I see many of these people and it is hard to know what to do for them, other than to try to put them on a path that you and I both know. Getting through the system is very difficult and I am happy to see that the process is working so well in Brandon. I am hoping the authority is going to be fast-forwarding some of this process into other areas.

Mr. White: is there any such activity on the farm side?

Mr. White: I am not doing much with the farm area, but for a couple of years before, I worked exclusively in Brandon and travelled to Assiniboine as well. My job at that time was to find individuals to work as proctors to provide supportive services in the rural area. Rural recruiting is challenging. You can find people in every town, but they are often providing home care support already.

Mr. Hajes: Senator Johnson, there is likely a community mental health worker in your home area.

Senator Johnson: Yes, there is.

Mr. Hajes: Now, I am not sure how accessible that person is to the population.

Senator Johnson: There is the new community health centre, but there is nothing really in place at this point in terms of that service.

la collectivité et je les aide à accéder à des services grâce au fait que je connais bien le système, mais c'est très difficile pour les régions rurales d'obtenir ce genre de services.

M. Hajes : C'est vrai, et plus on va vers le nord, et plus la région devient rurale, plus on a de difficulté à accéder à ces services. C'est malheureux pour ces gens, qui sont pénalisés en raison de l'endroit où ils vivent.

Nous sommes très privilégiés à Brandon, en partie en raison de notre emplacement géographique et de la combinaison de nos milieux urbains et ruraux. Du reste, le véritable problème réside dans le fait qu'on soit incapable d'accroître les programmes et d'élaborer les programmes de santé mentale comme il le faut, afin de répondre aux besoins de la collectivité.

Au moment de la réforme de la santé mentale, et encore une fois au moment de la régionalisation, on a gelé les programmes et le financement s'y rattachant. À vrai dire, on n'a pas approuvé beaucoup de projets pour lesquels on avait demandé un financement. Certains secteurs ont tout de même été ciblés. C'est le cas, entre autres, des logements supervisés, auxquels on a affecté des fonds à cette fin. Toutefois, d'autres projets de services que nous soumettons année après année, sont rarement approuvés par le Conseil du Trésor.

Le sénateur Johnson : Eh bien, je sais qu'il y a énormément de stress dans les régions rurales comme Gimli. Je vois ce qui se passe pour bon nombre de ces gens, mais c'est difficile de savoir quoi faire pour les aider, à part essayer de les placer sur la voie que vous et moi connaissons. Comme c'est très difficile de se sortir des méandres du système, je suis heureuse de voir que le processus fonctionne si bien à Brandon. J'espère que l'Office accélérera ce processus dans d'autres régions.

Monsieur White, effectue-t-on des activités de ce genre dans le secteur agricole?

M. White : Je ne suis pas très actif dans le secteur agricole, mais, il y a quelques années, j'ai travaillé exclusivement à Brandon et je me rendais également à Assiniboine. À l'époque, je devais trouver, pour mon travail, des personnes en mesure de travailler comme surveillants et d'offrir des services de soutien dans la région rurale. Ce n'est pas facile de recruter des gens pour les régions rurales. On peut en trouver facilement pour les villes, mais, souvent, les gens y reçoivent déjà des soins à domicile.

M. Hajes : Sénateur Johnson, il y a probablement un travailleur communautaire en santé mentale dans la région où vous habitez.

Le sénateur Johnson : Oui, il y en a un.

M. Hajes : Dans ce cas, il reste à savoir dans quelle mesure cette personne est accessible à la population.

Le sénateur Johnson : Il y a le nouveau centre de santé communautaire, mais on n'y offre pas encore vraiment ce genre de services.

Mr. Hajes: I want to comment that although the farm and rural stress line is located or based in Brandon, it serves the entire province. From my perspective, as the coordinator for mental health programs, I want to affirm the importance and value of that service and compliment the very good work that they do.

Ms. Smith: One of the main things that we do is try to identify the main issues that our callers want to discuss. If it appears that they might benefit from the assistance of a community mental health worker, we make that referral. We refer according to the region in which they live. I do not know that we have had the experience of people saying they have been unable to access that person.

Senator Johnson: In terms of how to access more than anything else.

Ms. Smith: For sure, and we get that response from people. They ask just what a community mental health worker does and ask why they should visit one of them. They say they do not need to see the worker because they are not crazy.

We provide our callers with information concerning our services. A caller is unlikely to just walk in the door and ask for a mental health worker but through a referral we can often, with that person's permission, speak with the mental health worker and put them in touch with one another. We help open that door a little bit of a crack.

One of the limitations of a phone service is that we do not do a lot of follow-up, however, our priority is to offer this service to strengthen the link with the client until he or she establishes a connection with an on-site mental health professional.

Ms. Moffat: I have noticed that one of the barriers relates to economics. I received a call not too long ago from a person who was unable to access mental health services because he did not have the finances to put gas in his car to get to our facility. There is clearly a financial limitation to get to where the services are available.

Senator Johnson: Well, I have to say that it has taken years to get our women's crisis centre in Gimli. We still do not have a safe house, and make do with the bottom of the old school. There was a safe house at one time but then it became unsafe, so you have to keep moving. We cannot even get the funding.

I have helped them to access some resource money from the provincial government, so that they are dealing with the women, but we still do not have any place for them to go. It is a very frustrating situation. I know that rural women are not suffering

M. Hajes : Je tiens à souligner que, même si le service téléphonique d'aide en cas de stress destiné aux habitants des régions agricoles et rurales est situé ou établi à Brandon, il sert l'ensemble de la province. Pour ma part, en ma qualité de coordonnateur des programmes de santé mentale, je tiens à souligner l'importance et la valeur de ce service et à féliciter les intervenants de leur excellent travail.

Mme Smith : Entre autres choses, nous nous efforçons principalement de cerner les grands problèmes dont veut parler notre interlocuteur. Si nous estimons qu'il devrait obtenir l'aide d'un travailleur communautaire en santé mentale, nous lui en recommandons un. Nous aiguillerons la personne en fonction de la région dans laquelle elle habite. Je ne sais pas s'il est arrivé que des personnes se plaignent de ne pas avoir réussi à rejoindre le travailleur.

Le sénateur Johnson : L'important, c'est surtout de savoir comment y accéder.

Mme Smith : C'est certain, et c'est ce que les gens nous disent. Ils veulent savoir ce que fait un travailleur communautaire en santé mentale et demandent pourquoi ils devraient aller en voir un. Ils prétendent ne pas avoir besoin de voir ce travailleur, puisqu'ils ne sont pas fous.

Nous offrons aux personnes qui nous appellent des renseignements sur nos services. Celles-ci sont peu susceptibles de se présenter en personne pour demander à voir un travailleur en santé mentale, mais, en les aiguillant vers un tel travailleur, nous pouvons souvent, avec leur permission, parler à un travailleur en santé mentale pour les mettre en communication avec lui. Nous les aidons un peu à ouvrir la porte.

Entre autres limites, le service téléphonique ne nous permet pas de faire beaucoup de suivi; quoi qu'il en soit, notre priorité est d'offrir ce service afin de renforcer les liens avec le client jusqu'à ce qu'il entre en communication avec un professionnel de la santé mentale sur place.

Mme Moffat : J'ai constaté que l'un des obstacles est de nature économique. Il n'y a pas tellement longtemps, j'ai reçu un appel d'une personne qui ne pouvait pas accéder aux services de santé mentale parce qu'elle n'avait pas assez d'argent pour mettre du carburant dans son auto afin de se rendre chez nous. Il y a de toute évidence des limites financières qui peuvent empêcher une personne de se rendre à l'endroit où les services sont offerts.

Le sénateur Johnson : Eh bien, je dois dire que ça nous a pris des années pour avoir notre centre de crise pour les femmes âgées à Gimli. Nous n'avons toujours pas de refuge attitré, de sorte que nous devons nous rabattre sur le sous-sol de la vieille école. Nous avons déjà eu un refuge, mais, comme il est devenu moins sûr, nous avons dû déménager. Nous n'arrivons même pas à obtenir le financement requis.

J'ai aidé les responsables à obtenir certains fonds du gouvernement provincial, de sorte qu'ils peuvent au moins aider les femmes en détresse, mais nous n'avons toujours pas d'endroit où elles pourraient aller. C'est une situation terriblement

any less than the men who are dealing with other critical problems.

[Translation]

Senator Pépin: I know the agricultural field pretty well, in fact, because my grandparents were farmers. If one looks at everything that has happened over the past two years, the stress-related problems are quite normal. I did not think that farmers could suffer to such a degree; but that is to be expected. »

[English]

You say that you have an open line and the people can get you through email correspondence.

Why do you not follow-up on callers? Is it because you have too many calls coming in?

Mr. Hacault: Just before Ms. Smith answers that question I want to you know that Manitoba and Saskatchewan are the only provinces that receive full funding for these services. We are talking about almost anomalies within all of Canada.

Senator Pépin: That is great.

Mr. Hacault: I think Senator Keon mentioned that although it is low technology, it probably suits the function.

Ms. Smith: I believe our budget is \$165,000 for the year. It is a very, very low cost program.

Regarding your question of follow-up, thank you for that. It is something that is also unique. Many crisis lines are unable, due to call volume, to provide that very important service. We are actually a program of Klinik Community Health Centre, which is located in Winnipeg. We are one of six counselling programs. We are located off site, we are located in Brandon to service the farm and rural population. Klinik has a 24-hour crisis line, and one in seven calls is answered, due to the busy signals.

Ms. Moffat is involved in research concerning our provincial crisis line services to look at the gaps in the service to see how we can work more closely together to provide access to the people that need it.

In the farm situation, and likely in other situations, we must be available to take the call because it is perhaps the only call that the person will make. In fact, they usually place the call when they are right at the end of their rope, because they have tried everything to get through the situation on their own.

frustrante. Je sais que les femmes qui habitent dans les régions rurales ne souffrent pas moins que les hommes qui doivent faire face à d'autres problèmes graves.

[Français]

Le sénateur Pépin : Je connais assez bien, en fait, le domaine de l'agriculture, parce que mes grands-parents étaient agriculteurs. Le problème de stress, quand on regarde tout ce qui s'est produit durant les deux dernières années, est tout à fait normal. Mais, je ne pensais pas, en fait, que les agriculteurs pouvaient souffrir à un point tel. C'est bien normal.

[Traduction]

Vous dites que vous avez une ligne téléphonique ouverte, et que les gens peuvent communiquer avec vous par courriel.

Pourquoi est-ce que vous n'effectuez aucun suivi auprès des personnes qui vous appellent? Est-ce que c'est parce que vous recevez trop d'appels?

M. Hacault : Avant que Mme Smith réponde à cette question, je tiens à souligner que le Manitoba et la Saskatchewan sont les seules provinces à recevoir un financement complet pour ces services. Nous parlons presque d'anomalies dans tout le reste du Canada.

Le sénateur Pépin : C'est excellent.

M. Hacault : Je crois que le sénateur Keon a mentionné que, même si la technologie est peu évoluée, c'est suffisant pour répondre aux besoins.

Mme Smith : Je crois que notre budget est de 165 000 \$ pour l'année. C'est un programme à très très faible coût.

En ce qui a trait à votre question, touchant le suivi, je vous remercie de soulever ce point. C'est quelque chose qui nous est également propre. Beaucoup de lignes de crise ne peuvent, en raison de l'important volume d'appels, fournir ce service très important. Notre programme est en fait rattaché au Centre de santé communautaire Klinik, qui est situé à Winnipeg. Nous offrons l'un des six programmes de counselling. Nous sommes situés en retrait, à Brandon, et nous aidons les populations agricoles et rurales. Le Centre de santé communautaire Klinik offre un service de crise de 24 heures sur 24, et on répond à un appel sur sept, en raison de la tonalité d'occupation.

Mme Moffat effectue des recherches relatives à nos services provinciaux de lignes de crise afin de cerner les lacunes au chapitre du service et de voir comment nous pourrions travailler en plus étroite collaboration dans le but d'aider les gens à obtenir l'accès dont ils ont besoin.

Dans le secteur agricole, et probablement dans d'autres secteurs, nous devons être en mesure de prendre l'appel, car la personne n'appellera peut-être qu'une seule fois. En fait, les gens dans ce secteur appellent généralement lorsqu'ils sont au bout de leur rouleau, après avoir essayé eux-mêmes de s'en sortir.

We believe that it is very important to offer that follow-up service. I would say that we appreciate the offer, and we often will have half a dozen or a dozen calls with the same individual before they will actually access any additional services if, in fact, they need them.

The Chairman: So you are the follow-up in that sense?

Ms. Smith: We are the follow-up.

The Chairman: Do you get calls from other family members or just the male members?

Ms. Moffat: In the first two years, we received more calls from women.

The Chairman: That is hardly surprising. They do not ask for help and they do not ask for directions.

Ms. Smith: Right. Women often called about their husbands.

The Chairman: Do sometimes teenagers call?

Ms. Smith: Very few. Just recently one of our counsellors has started a youth outreach project where she is linking with the schools 4-H groups, and talking to kids about what some farm and rural issues are around stress. So that is fairly new, but I think it will probably prove to be pretty useful. As we know, kids are certainly part of the picture when mom and dad are having difficulties; it is playing out in all relationships of the family.

The Chairman: What is the Children's Education Follow-up Project?

Ms. White: It is a partnership between the Brandon Regional Health Authority and Brandon School Division, and I do medication monitoring for students diagnosed with attention deficit disorder and take medication.

The Chairman: What do you mean by "medication monitoring"? Do you mean to see if they actually take the pills?

Ms. White: No, I work in the student services at the school division, and work along with the psychologist in the school. We do a number of checklists throughout the year that look at core symptoms of attention deficit disorder, like the inattention, the hyperactivity, the impulsiveness. We try to identify whether medication is effective, or if there are any problems with it such as side-effects. We send this information along to the parents so they can discuss it with their physician.

The Chairman: Are you involved in the diagnosis of ADD or ADHD students?

Ms. White: No, by the time the student comes to me he or she has received a diagnosis and the parents have chosen a course of treatment. The child might have seen the school psychologist, a

Nous croyons qu'il est très important d'offrir des services de suivi. Je dirais que nous apprécions l'offre, et nous recevons souvent de six à 12 appels de la même personne avant qu'elle accède à d'autres services si cela est nécessaire.

Le président : Donc, c'est vous qui effectuez le suivi, en un sens?

Mme Smith : C'est nous qui l'effectuons.

Le président : Recevez-vous des appels de la part d'autres membres de la famille, ou juste des hommes?

Mme Moffat : Au cours des deux premières années, nous avons reçu plus d'appels de la part des femmes.

Le président : Ce n'est pas très surprenant. Ils n'aiment pas demander de l'aide, tout comme ils n'aiment pas demander leur chemin.

Mme Smith : Exactement. Les femmes appelaient souvent au sujet de leur mari.

Le président : Recevez-vous parfois des appels d'adolescents?

Mme Smith : Très peu. Justement, une conseillère chez nous vient d'entreprendre un projet de sensibilisation des jeunes, établissant un lien avec les groupes 4-H dans les écoles, et parlant avec les jeunes au sujet de questions agricoles et rurales liées au stress. Donc, c'est assez récent, mais je crois que ça se révélera probablement très utile. Comme nous le savons, les jeunes font sans aucun doute partie du tableau lorsque la mère et le père éprouvent des difficultés; cela touche toutes les relations familiales.

Le président : Qu'est-ce que le projet de suivi sur la médication des enfants?

Mme White : C'est un partenariat entre la Brandon Regional Health Authority et la Division des écoles de Brandon, dans le cadre duquel j'effectue une surveillance de la médication prescrite aux élèves diagnostiqués avec un trouble déficitaire de l'attention.

Le président : Qu'entendez-vous par « surveillance de la médication »? Voulez-vous dire que vous vous assurez qu'ils prennent leurs pilules?

Mme White : Non, je travaille auprès des services étudiants à la division scolaire, et avec le psychologue à l'école. Nous dressons un certain nombre de listes de contrôle tout au long de l'année afin de déceler les symptômes évidents du trouble déficitaire de l'attention, comme l'inattention, l'hyperactivité et la tendance à réagir de façon impulsive. Nous essayons de déterminer si la médication est efficace, ou s'il y a des problèmes comme des effets secondaires. Nous transmettons ces renseignements aux parents, pour qu'ils puissent en discuter avec leur médecin.

Le président : Aidez-vous à poser le diagnostic de trouble déficitaire de l'attention ou de trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez les élèves?

Mme White : Non, lorsque l'élève vient me voir, il a déjà reçu un diagnostic, et les parents ont choisi le traitement. Il est possible que le jeune ait vu le psychologue de l'école, un psychologue privé

private psychologist, or the Child and Adolescent Treatment Centre. When I meet the child, he or she is already on medication. I provide educational resources to parents and teachers.

The Chairman: Anecdotally, we get the impression that an increasing percentage of children, in both elementary and high school, receive Ritalin or something like it for ADHD. This is purely impressionistic, so I want to know if I can get the facts to support or reject this argument.

We hear that because of increasingly larger class sizes teachers recommend that the one disruptive child in the class take medication to stop the disruptive behaviour. The first move is to medicate the problem child regardless of whether or not it is the right strategy for the student.

Do any of you have time series data that shows that the pharmaceutical treatment for ADD or ADHD is increasing over time?

Ms. White: Well, I think over the years it has increased. When I went to school I did not know anyone who had attention deficit disorder or took medication for anything, so public awareness has certainly increased.

The Chairman: When I went to school, there were kids bouncing off walls and the comment was that they had too much energy. I swear today that I would have been on Ritalin years ago.

I asked the question seriously because I get the impression that we are using medicine to solve a behavioural problem as opposed to trying to treat the student. That is what troubles me.

Mr. Hajes: You have Randy Fransoo from Manitoba Centre for Health Policy coming later this afternoon, and he has a gem of a study that looked at health data in Manitoba.

The Chairman: Can you send us that study?

Mr. Hajes: Randy Fransoo from Manitoba Centre for Health Policy is coming later this afternoon, and he will have that data.

Another related issue is that you will see the imbalance between the diagnosis between boys and girls. One theory is that boys, of course, have much greater motor restlessness when required to sit in a classroom for long periods of time, and certain age ranges are less capable of doing that than girls, so they are more likely to create the appearance of having ADD and are diagnosed in that way.

The Chairman: That is interesting.

ou un intervenant du centre de traitement pour enfants et adolescents. Lorsque je rencontre le jeune, il prend déjà des médicaments. J'offre des ressources d'éducation aux parents et aux enseignants.

Le président : Nous entendons toutes sortes d'histoires qui nous donnent l'impression que de plus en plus d'enfants, tant à l'école primaire qu'à l'école secondaire, reçoivent du Ritalin ou quelque chose du genre pour le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. Comme c'est uniquement une impression, j'aimerais savoir si je peux connaître les faits à ce chapitre afin de décider s'il convient de croire ou non à cette hypothèse.

Nous croyons savoir que, en raison du fait que les classes sont de plus en plus nombreuses, les enseignants recommandent que les enfants qui dérangent une classe prennent des médicaments pour qu'ils cessent de perturber leurs camarades de classe. On décide tout de suite de donner des médicaments à l'enfant à problème, que ce soit la bonne stratégie ou non pour lui.

Avez-vous des données chronologiques qui permettent de croire que l'on prescrit de plus en plus de médicaments aux élèves atteints du trouble déficitaire de l'attention ou du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité?

Mme White : Eh bien, je crois que cette tendance a augmenté au fil des ans. De mon temps, je n'ai jamais entendu parler de camarades de classe qui auraient souffert de ce trouble ou qui auraient pris des médicaments pour quoi que ce soit, de sorte que, il n'y a pas à dire, le public est plus sensible à cet égard.

Le président : De mon temps, il y avait des énervés qui sautaient partout, et on se disait tout simplement qu'ils avaient trop d'énergie. Je vous jure que si j'étais encore enfant aujourd'hui, on m'aurait donné du Ritalin.

J'ai posé la question sérieusement, car j'ai l'impression que nous utilisons les médicaments pour résoudre un problème de comportement, au lieu d'essayer de traiter l'élève. C'est ce qui me préoccupe.

M. Hajes : Vous avez Randy Fransoo, du Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba, qui doit passer plus tard cet après-midi, et il a justement publié une étude très intéressante sur les données de santé au Manitoba.

Le président : Pourriez-vous nous envoyer cette étude?

M. Hajes : Randy Fransoo doit passer plus tard cet après-midi, et il aura ces données avec lui.

Autre question connexe que vous pourrez voir : l'écart entre les garçons et les filles sur le plan du diagnostic. On avance entre autres l'hypothèse selon laquelle les garçons ont évidemment beaucoup plus de difficultés que les filles à rester tranquillement assis dans une salle de classe pendant de longues périodes, surtout à un certain âge, de sorte qu'ils risquent davantage de donner l'impression qu'ils souffrent du trouble déficitaire de l'attention et d'être diagnostiqués en ce sens.

Le président : C'est intéressant.

Mr. Hajes: We have a high prevalence of ADHD diagnosis in Brandon and we need to do something to address that situation. We need to validate that it is indeed ADHD, and if it is not, then we need to do something to bring those numbers down.

Ms. White: We need to have a thorough assessment policy. It is not enough for a teacher to suggest to a parent that their child might have ADD. There are associated problems that can look like ADD.

The Chairman: I have the feeling that there is too much treatment and too little assessment. That is just a gut feeling, but we will talk to the policy people.

Ms. White: My daughter did not receive the ADHD diagnosis until she was in grade two. We all knew there were problems, but as parents, we were reluctant to place her on medication. We certainly tried many different treatment remedies before we ended up putting her on medication.

Our experience with the medication has been very positive. The mental health worker was very thorough, so we really were able to rule out that it could be anything else but ADHD.

I think some parents are perhaps too quick to make the decision to place their child on medication. We took a lot of time and we realized it was in the best interest of our daughter to place her on medication, and we have certainly seen a huge difference in her ability to concentrate.

The Chairman: Thank you all for coming. I know we kept you way over time, but I am sure you did not mind it, and we were delighted to have you.

Senator Wilbert J. Keon (Deputy Chairman) in the chair.

The Deputy Chairman: Our next witness is Randy Fransoo.

Mr. Randy Fransoo, Researcher, Manitoba Centre for Health Policy: I am here to give you a brief overview of a report that was published by the Manitoba Centre for Health Policy in September of 2004. The report is a population-based study on the prevalence of mental illness in Manitoba and the patterns of use of the health care system among those people identified with mental illness. I believe you have copies so I will just page through it briefly. There is more information available if you need it.

One of the highlights of the report is that there was a very high treatment prevalence of mental illness in Manitoba, higher than was expected by many of us. Along with the high treatment, came

M. Hajes : Nous avons une forte prévalence de diagnostics du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité à Brandon, et nous devons trouver une solution à ce problème. Nous devons déterminer s'il s'agit bel et bien de ce trouble, et, si ce n'est pas le cas, nous devons alors faire en sorte de réduire ces statistiques.

Mme White : Nous avons besoin d'une politique d'évaluation approfondie. Il ne faut pas se fier à ce que dit un enseignant lorsqu'il laisse entendre à un parent que son enfant pourrait souffrir du trouble déficitaire de l'attention. Il y a des problèmes connexes qui peuvent ressembler à ce trouble.

Le président : J'ai l'impression qu'il y a trop de traitements et pas assez d'évaluations. Ce n'est qu'une forte impression, mais nous allons en parler avec les décideurs.

Mme White : On n'a pas diagnostiqué que ma fille souffrait du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité avant la deuxième année. Nous savions tous qu'elle avait des problèmes, mais en tant que parents, nous n'étions pas chauds à l'idée qu'elle prenne des médicaments. Nous avons assurément essayé toutes sortes d'autres remèdes avant d'accepter qu'elle soit médicamentée.

Dans notre cas, la médication a donné de très bons résultats. Le travailleur en santé mentale a été très minutieux, de sorte que nous avons pu nous assurer qu'elle ne souffrait pas d'un autre trouble connexe.

Je crois que certains parents décident peut-être trop rapidement de médicamenter leur enfant. Après avoir bien pesé le pour et le contre, nous avons fini par nous rendre compte que notre fille avait vraiment besoin de médicaments pour aller mieux, et nous avons en effet constaté qu'elle arrivait beaucoup mieux à se concentrer après cela.

Le président : Merci à tous d'être venus. Je sais que nous vous avons gardés plus longtemps que prévu, mais je suis sûr que vous ne m'en tiendrez pas rigueur, et nous avons été heureux de nous avoir avec nous.

Le sénateur Wilbert J. Keon (vice-président) occupe le fauteuil.

Le vice-président : Notre prochain témoin est Randy Fransoo.

M. Randy Fransoo, chercheur, Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba : Je suis ici pour vous donner un bref aperçu d'un rapport publié par le Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba en septembre 2004. Il s'agit d'une étude de la prévalence des maladies mentales chez les populations du Manitoba et sur les tendances d'utilisation du système de soins de santé parmi les personnes chez qui on a diagnostiqué des troubles mentaux. Comme je crois que vous en avez un exemplaire, je le passerai en revue brièvement. Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements, si vous en avez besoin.

Parmi les points saillants du rapport, mentionnons qu'on a relevé une très forte prévalence de traitements en santé mentale au Manitoba, plus forte que ce à quoi bon nombre d'entre nous nous

a very high use of the health care system by those people, which I will be able to detail a little bit more in the next few slides.

The report deals a little bit about access to psychiatrists. Now, we need to be careful because we are not suggesting psychiatrists are the only people who are helpful to people with mental illness, but they are a key part of the equation, and it would be good if everybody had access to their services. We did not see that access was the same across the province. Those from low-income areas, rural areas, and the elderly seem to have considerably lower rates of visits to psychiatrists than other groups.

In the area of suicide and suicide attempts, we saw that suicide and suicide attempts were strongly affected by the person having been diagnosed with a mental illness in the previous year. So in a sense, we took this as a sign that people who are attempting or are committing suicide are not just coming mysteriously out of the woodwork, but they are people who are known to the system and have seen a health care provider for a mental illness disorder. We thought that presented a bit of a window of opportunity, as it were, for the health care system to intervene with those people.

The report covers a five year, which is helpful in terms of having a picture of a mental illness that you can sort drift in and out of over time. You can suffer from depression for a short while and then be okay afterwards, so we wanted to see if we could capture the prevalence with a bigger view.

When we did that, we started looking at all the mental illnesses that we can reasonably accurately identify in our data. Now, this is not a survey or interview data, these are just an analysis of health service records. So for instance, when we categorize someone as having depression, that meant they had to have either seen a physician or been in a hospital and been identified as having depression. Many people with depression never see a doctor or go to a hospital. Overall, the records are reasonably robust.

We found we could identify anxiety disorders, substance abuse, personality disorders and schizophrenia. One of the surprising early findings was how much co-morbidity there is among these illnesses. Even if we looked at those five disorders, a great number of people who have one of them also have one of the others, and also with other mental illnesses.

We struggled a bit with the analysis and ended up using the categorization of the "cumulative group." That was anybody who had one or more of those five because there was so much co-morbidity. When we looked at that group overall, it is

attendions. En plus du fort taux de traitement, on a enregistré une très forte utilisation du système de soins de santé par ces personnes, ce que je pourrais préciser un peu plus en détail dans les diapositives suivantes.

Le rapport traite quelque peu de l'accès aux psychiatres. Or, nous devons faire attention, car nous ne voulons pas laisser entendre que les psychiatres sont les seuls à pouvoir aider les personnes souffrant de troubles mentaux, mais ils représentent une part essentielle du processus, et ils serait bon que tout le monde ait accès à leurs services. D'après ce que nous avons pu voir, l'accès n'est pas le même à l'échelle de la province. Les personnes qui habitent dans des régions à faible revenu ou dans des régions rurales de même que les aînés semblent consulter beaucoup moins les psychiatres que d'autres groupes.

Sur un autre plan, nous avons constaté que les suicides et les tentatives de suicide étaient particulièrement prévalents parmi les personnes chez qui on avait diagnostiqué une maladie mentale l'année d'avant. Donc, en un sens, cela indiquerait que les gens qui font des tentatives de suicide ou qui arrivent à se suicider ne l'ont pas nécessairement fait sans qu'on sache trop pourquoi : ce sont des gens qui sont connus au sein du système et qui ont vu un fournisseur de soins de santé pour des troubles mentaux. À notre avis, cela pourra peut-être aider les intervenants du système de soins de santé à mieux traiter ces gens.

Le rapport couvre une période de cinq ans, ce qui nous a permis de brosser un tableau de la santé mentale, qui tient compte du fait que les données à ce chapitre peuvent varier au fil du temps. On peut souffrir d'une dépression pendant un certain temps, puis aller bien pour une période; par conséquent, nous voulions voir si nous pouvions évaluer l'incidence de façon plus globale.

Pour ce faire, nous avons commencé par examiner tous les cas de maladie mentale que nous pouvions cerner de façon raisonnable et précise à l'intérieur de nos données. Or, il s'agit non pas de données d'enquête ou d'entrevue, mais uniquement d'une analyse des dossiers relatifs aux services de santé. Par conséquent, lorsque nous avons établi qu'une personne souffrait de dépression, par exemple, cela signifiait qu'elle avait vu un médecin, avait été à l'hôpital ou avait reçu un diagnostic en ce sens. Bon nombre de gens souffrant de dépression ne vont pas chez le médecin ni à l'hôpital. Dans l'ensemble, les dossiers sont assez solides.

Nous avons constaté que nous étions en mesure de cerner les cas de troubles de l'anxiété, de toxicomanie, de troubles de la personnalité et de schizophrénie. Parmi les premières conclusions qui nous ont surpris, mentionnons la forte comorbidité entre ces affections. Même si nous examinions uniquement ces troubles, bon nombre des gens qui souffraient de l'un d'eux souffraient également d'un autre de ces troubles, ainsi que d'autres maladies mentales.

L'analyse nous a donné un peu de fil à retordre, de sorte que nous avons dû nous rabattre sur la catégorie « groupe cumulatif ». Cela comprenait quiconque souffrait d'au moins un de ces cinq troubles, compte tenu du fait que la comorbidité était

24 per cent of the population, and another 13 per cent that has other mental illnesses. Outside of those five illnesses, 63 per cent showed no health service use or mental illness.

Now, that of course varied pretty drastically by sex. The prevalence numbers for both of the other cumulative categories are considerably higher for females than for males. That was expected and not surprising in that sense.

Moving on now to the health service use, here is where the really interesting results came to us. We took the cumulative disorders group and then the people in the no disorders group and compared their use of physicians, hospitals, personal care homes, nursing homes, home care and pharmaceuticals. We found a consistent pattern that the cumulative disorders group used between two and five times more health care services than people in the no disorders group. It is not just that this extra service use is related to their mental illness directly.

It will be helpful to look at the graph at the top of page 4, where we look at the physician visit rates for each sex, and then it is sort of by cause, as it were. Therefore, the pairs of bars are for females on the left and males on the right, and then within each there is the cumulative disorders group and the people in the no disorders group.

So overall, the first thing you will see is physician visit rates are a bit higher for females than males. That is expected and well-documented.

The second thing is that for the cumulative disorders group, their visit rate is just over twice as high as the no disorders group, but it is not just for mental illness. If you look at almost every one of those other categories, for respiratory health, circulatory health, musculoskeletal health, the people in the cumulative disorders group visit physicians twice as often for every one of those disorders as well. This information suggests two likely explanations. The first and most obvious one is that there is a great amount of physical co-morbidity associated with mental illness. The people in the cumulative disorders group that have mental illnesses also have a reasonably high burden of physical illness. Part of that may be that the mental illness was not properly diagnosed in the first place. A patient can see a physician for a sore back or for sleeplessness and it is categorized into a physical illness category. Later on, the diagnosis may change to mental illness because these are all part of the same thing. We cannot tease out all of these effects in this data but you can see there is a very high burden.

si forte. Lorsque nous avons examiné ce groupe dans l'ensemble, nous avons constaté qu'il représentait 24 p. 100 de la population, sans compter une autre proportion de 13 p. 100, qui souffrent d'autres maladies mentales. Mis à part ces cinq maladies, 63 p. 100 des répondants ne montraient aucun signe d'utilisation des services de santé, ni de maladies mentales.

Par ailleurs, ces données variaient évidemment de façon assez importante selon le sexe de la personne. La prévalence des données pour les deux autres catégories cumulatives est beaucoup plus forte chez les femmes que chez les hommes. Comme on pouvait s'y attendre dans ce cas, ça n'a rien de surprenant.

Passons maintenant à l'utilisation des services de santé, domaine qui a donné des résultats vraiment intéressants. Nous avons pris les données obtenues auprès des personnes souffrant de troubles cumulatifs et celles obtenues auprès de personnes ne souffrant d'aucun trouble pour comparer leur taux d'utilisation des médecins, des hôpitaux, des foyers de soins personnels, des maisons de soins infirmiers, des soins à domicile et des médicaments. Nous avons relevé une tendance continue : les personnes souffrant de troubles cumulatifs utilisaient de deux à cinq fois plus de services de soins de santé que les gens ne souffrant d'aucun trouble. Et cette utilisation accrue n'est pas uniquement ni directement liée à leur maladie mentale.

Ce serait une bonne idée de jeter un coup d'œil au graphique présenté au haut de la page 4, où nous examinons la proportion des visites chez le médecin selon le sexe de la personne, qui sont ensuite réparties selon la cause du trouble, en quelque sorte. Par conséquent, les deux barres à gauche représentent les femmes, et celles à droite, les hommes, puis, à l'intérieur de chaque groupe, nous avons celui des personnes souffrant de troubles cumulatifs et celui des personnes ne souffrant d'aucun trouble.

Donc, dans l'ensemble, vous remarquerez avant tout que la proportion des visites chez le médecin est un peu plus forte parmi les femmes que parmi les hommes. C'est quelque chose à laquelle on s'attendait et qui est bien documentée.

Deuxième chose : dans le cas des personnes souffrant de troubles cumulatifs, le taux de visites est tout juste supérieur au double des résultats obtenus auprès des personnes ne souffrant d'aucun trouble, mais ce n'est pas uniquement pour les maladies mentales. Dans presque toutes les autres catégories, c'est-à-dire la santé respiratoire, la santé circulatoire et la santé musculo-squelettique, les personnes souffrant de troubles cumulatifs consultent leur médecin deux fois plus souvent pour chacun de ces troubles également. Il y aurait deux explications probables à cela. La première et la plus évidente, c'est qu'il y a une plus forte comorbidité physique associée aux maladies mentales. Les personnes souffrant de troubles cumulatifs d'ordre mental souffrent également d'un assez fort taux de maladies physiques. C'est peut-être en partie parce que leur maladie mentale n'a pas été bien diagnostiquée à priori. Si un patient va voir un médecin pour des douleurs lombaires ou des problèmes d'insomnie, on classe cela dans la catégorie des maladies physiques. Plus tard, le diagnostic peut changer pour s'inscrire dans l'ordre des maladies

The very same situation occurs in hospital service. The hospitalization rates of the cumulative disorders group is twice, for both males and females, as those in the no disorders group. Among home care and nursing homes, you get a very similar picture, a very high use, much higher use than people without a mental illness.

The last section is about suicide and suicide attempts where we see marked sex differences. The suicide rate is considerably higher among males than among females, but the suicide attempt rate is considerably higher among females than males. The biggest likely explanation is the difference is in the methods: women more often choose methods that are less lethal while men choose hanging and gunshots. Men choose the more lethal method and are more successful than women are in their suicide attempts.

One of the last graphs shows that in the five years before their suicide or suicide attempt, people who had been diagnosed with a mental illness were at much, I mean, dramatically higher risk of attempting or committing suicide.

The main picture on the left shows that the probability of anybody attempting suicide in a given year is very low, even among young girls where the attempt rate is highest. Among the lowest income areas, it is still only 2 per cent or 3 per cent likelihood that a given young woman will attempt suicide. If we look at the group of young women who have been diagnosed with a mental illness in the year prior, we are up to about 33 per cent. Therefore, one in three young girls living in poor areas in Northern Manitoba is likely to attempt suicide in that year.

It is not that it was associated with most of the suicide attempts but it is a strong predictor of who might attempt suicide. We thought, particularly hopefully, that there was help sought beforehand, and they contacted the medical system and identified as having a mental illness. I think that leaves the possibility that we might be able to help avoid the suicide or the attempt in the future.

The Deputy Chairman: Thank you very much. That is interesting data and we will be back to you in a few minutes, but perhaps we can go ahead with Ms. Palmer first.

Ms. Deborah Palmer, Clinical Director, Laurel Centre: Good afternoon. The Laurel Centre is a non-profit agency that deals with sexually abused women. These women come to us for treatment from childhood and adolescent abuse.

mentales, car tout cela est relié. Nous ne pouvons pas tenir compte de tous ces effets dans les données, mais, comme vous pouvez le voir, ils sont très nombreux.

La même situation se produit dans le cas des services hospitaliers. Le taux d'hospitalisation des personnes souffrant de troubles cumulatifs est deux fois plus élevé, tant pour les hommes que pour les femmes, que chez les personnes ne souffrant d'aucun trouble. Dans le cas des foyers de soins personnels et des maisons de soins infirmiers, on obtient un tableau très semblable : une très forte utilisation, soit une utilisation bien plus forte que chez les personnes ne souffrant d'aucune maladie mentale.

La dernière section porte sur le suicide et les tentatives de suicide, cas où on peut voir une nette différence selon le sexe de la personne. Le taux de suicide est beaucoup plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais les tentatives de suicide sont bien plus élevées chez les femmes. L'explication la plus probable, c'est la différence des méthodes utilisées : les femmes choisissent plus souvent des méthodes moins radicales, tandis que les hommes optent pour la pendaison ou la mort par balle. Donc, les hommes choisissent des méthodes plus radicales et réussissent davantage leur tentative de suicide que les femmes.

L'un des derniers graphiques montre que, dans les cinq ans précédant leur suicide ou leur tentative de suicide, les gens chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale étaient plus, je veux dire, bien plus susceptibles de faire une tentative de suicide ou d'en commettre un.

Le tableau principal de gauche montre que le risque qu'une personne fasse une tentative de suicide dans une année donnée est très faible, même chez les jeunes filles où le taux de tentatives de suicide est le plus élevé. Dans les régions à faible revenu, il n'y a encore que 2 ou 3 p. 100 de risque qu'une jeune femme tente de se suicider. Si nous examinons le groupe des jeunes femmes chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale dans l'année précédente, nous voyons que le taux monte jusqu'à environ 33 p. 100. Par conséquent, le tiers des jeunes filles habitant dans des régions pauvres dans le nord du Manitoba risquent d'essayer de se suicider dans l'année.

Ce n'est pas que cela est relié à la plupart des tentatives de suicide, mais c'est un facteur qui détermine fortement qui risque de faire une tentative de suicide. Nous pensons, et nous l'espérons, que les personnes en question vont chercher à obtenir de l'aide avant cela, et qu'elles ont communiqué avec des intervenants du système médical, qui ont diagnostiqué des troubles mentaux. Je crois que, par conséquent, nous pourrions peut-être aider à freiner le suicide ou les tentatives de suicide à l'avenir.

Le vice-président : Merci beaucoup. Ce sont des données intéressantes, et nous vous reviendrons là-dessus dans quelques minutes, mais peut-être que nous pourrions tout d'abord céder la parole à Mme Palmer.

Mme Deborah Palmer, directrice clinique, Centre Laurel : Bon après-midi. Le Centre Laurel est un organisme sans but lucratif qui s'occupe des femmes victimes de violence sexuelle. Ces femmes viennent au centre pour suivre un traitement en raison de la violence subie pendant leur enfance et leur adolescence.

We step back from the picture a bit and we look at the cause of the mental health issues. We look at the impact of childhood sexual abuse on an individual. We address it from a social/political issue. Child abuse is not new; it has gone on for centuries. However, only during this second wave of the women's movement has childhood sexual abuse become an issue.

We provide a broader context to these women's lives. We work from the empowerment perspective, and our trauma model is circular because these women cannot heal in a linear process.

Our clients report to our facility with anxiety, depression, suicide issues, and self-injurious behaviour. Often the symptoms of unresolved trauma mimic bipolar depression. There is a biphasic response to trauma where the body goes into a hyper-vigilance anxiety place or a hypo-arousal place. The hypo-arousal phase includes the abused to paralyze, and freeze. Our normal response to danger is to either fight back or flee, but for trauma survivors it is impossible to fight back so they paralyze and freeze. Over the years, the body conditions its response in that way. When women come to us for help it is often on the advice of a physician who has given the diagnosis of depression anxiety, suicidal behaviour and self-injurious behaviour.

Our statistics show one in three young women suffer childhood sexual abuse and one in seven boys, although, I think the boys numbers are under-reported.

I heard all of the statistics on mental health illnesses but we like to step back and look at the bigger picture to see just what is happening. Given that it is the highest statistics on trauma, it is understandably how it would present as mental health issues.

The statistic show that 70 per cent of psychiatric emergency room population samples are survivors of childhood sexual abuse; 44 psychiatric out-patients have histories of childhood sexual abuse; and 40 per cent of psychiatric in-patients have confirmed histories of childhood sexual abuse.

I believe that more questions need to be asked when young women or young men present in their doctor's office or in emergency room situations.

The result of our work is that 59 per cent of our clients reduce or stop using alcohol or drugs to deal with the trauma. We look at compulsive coping behaviours, better understood as addiction, and we look at it on the broader perspective of gambling, caretaking, rescuing, drugs, alcohol, and all sorts of these issues

On prend du recul et on examine la cause des problèmes de santé mentale. On examine les répercussions de la violence sexuelle subie pendant l'enfance sur une personne. On aborde la question d'un point de vue social et politique. La violence à l'égard des enfants, ce n'est pas nouveau; elle est présente depuis des siècles. Toutefois, ce n'est que pendant cette deuxième vague du mouvement des femmes que la violence sexuelle infligée pendant l'enfance est devenue un enjeu.

On offre un plus large contexte en ce qui concerne la vie de ces femmes. On travaille sur la prise en charge de soi, et notre modèle de traumatisme est circulaire, car ces femmes ne peuvent pas guérir dans le cadre d'un processus linéaire.

Les clientes qui se présentent à notre établissement souffrent d'anxiété et de dépression et ont des idées suicidaires et une prédisposition à l'automutilation. Elles présentent souvent des symptômes d'un traumatisme non guéri ressemblant à la dépression bipolaire. Il y a une réaction biphasique au traumatisme, et le corps se place dans une phase de vigilance et de stress extrêmes ou dans une phase de non-éveil. La phase du non-éveil fait en sorte que la personne victime de violence paralyse et se fige. Notre réaction normale au danger consiste à nous défendre ou à fuir, mais pour les personnes qui ont subi un traumatisme, il est impossible de se défendre, alors elles paralysent et se figent. Au fil des ans, le corps conditionne sa réaction de cette façon. Quand les femmes viennent nous voir pour obtenir de l'aide, c'est souvent sur l'avis d'un médecin qui a posé le diagnostic de dépression, d'anxiété, de comportement suicidaire et de prédisposition à l'automutilation.

Nos statistiques révèlent qu'une jeune femme sur trois a été victime de violence sexuelle pendant son enfance, tout comme un garçon sur sept, mais je crois qu'on n'a pas l'ensemble des statistiques sur les garçons.

J'ai entendu toutes les statistiques sur les maladies mentales, mais nous aimerions prendre du recul et avoir une vue d'ensemble pour constater ce qui se produit. Compte tenu du fait que les statistiques sont les plus élevées à l'égard des traumatismes, il est compréhensible que ces derniers soient considérés comme des problèmes de santé mentale.

Les statistiques révèlent que 70 p. 100 de l'échantillon de la population des salles d'urgence psychiatrique ont été victimes de violence sexuelle pendant leur enfance; 44 malades mentaux non hospitalisés ont des antécédents de violence sexuelle infligée pendant leur enfance; et 40 p. 100 des malades mentaux hospitalisés ont confirmé avoir été victimes de violence sexuelle pendant leur enfance.

Je crois qu'on doit poser davantage de questions lorsque des jeunes femmes ou des jeunes hommes se présentent au cabinet de leur médecin ou dans une salle d'urgence.

Voici le résultat de notre travail : 59 p. 100 de nos clientes ont diminué leur consommation d'alcool ou de drogues, ou ont carrément arrêté de consommer, pour traiter le traumatisme. On vérifie les comportements compulsifs d'adaptation, c'est-à-dire la dépendance, et on les examine d'un point de vue plus vaste, ce qui

that they use to modulate their emotions. So our trauma model looks at both of those issues.

Our outcome indicators check how successful the program is for them. Fifty-nine per cent have stopped using substances or compulsive coping behaviours, and 25 per cent have reduced using them. In most cases, the women do not need further work with their psychiatrists or medication.

We find that what happens with medication, although it may be necessary, it really disconnects someone from feeling their emotions. In our method, we believe that you must connect your body to your emotions; medication often inhibits or stops that function.

So part of how we work is to step back and look at the bigger picture of why people are presenting with mental health issues and looking at the total impact of trauma.

Throughout one year, we provide services to over 300 women. Our program focuses on individual counselling, couple work, and group work. We run groups throughout the year on specific topic areas.

When we look at the mental health issues, we also look at the impact, and the trauma and the addictions.

Ms. Madeline Boscoe, Institute of Gender and Health: Hello, everybody, it is good to see some familiar faces. I thank you for the opportunity to be here today and bring a hello and regrets from Miriam Stewart, scientific director of the Gender and Health Institute. I am here on behalf of the institute, and I have some of my own remarks, so it is a bit of a hodgepodge.

In my other part-time work, I manage a woman's health promotion and counselling program for a community health centre. I cannot help but bring those experiences and thoughts into this conversation today.

I want to thank both the Gender and Health Institute's work and the work of the Centres of Excellence in Women's Health in helping me prepare my remarks.

For most of us working in this field, we are glad that this committee is doing this important work. It is critically important that a national body such as this committee should put a focus on the issue of mental health and mental illness in this country. The state of the system is in disarray and it is not getting better, it is getting worse. I am not sure if the tensions surrounding our society are the greatest contributors to the problem, but I will have some recommendations today.

comprend les jeux d'argent, les soins apportés, l'assistance, les drogues, l'alcool et tout ce qu'elles utilisent pour varier leurs émotions. Alors, notre modèle de traumatisme examine ces deux enjeux.

Nos indicateurs de résultats permettent de vérifier la mesure dans laquelle le programme a été une réussite pour elles. Cinquante-neuf pour cent des femmes ont cessé de consommer des substances ou d'afficher un comportement compulsif d'adaptation, et 25 p. 100 d'entre elles ont diminué leur consommation. Dans la plupart des cas, les femmes n'ont pas besoin de travailler davantage avec leur psychiatre ou de continuer à prendre des médicaments.

Ce qu'on constate avec les médicaments, même s'ils sont nécessaires, c'est qu'ils empêchent vraiment les personnes de ressentir leurs émotions. Dans le cadre de notre méthode, nous croyons que vous devez établir un lien entre votre corps et vos émotions; les médicaments inhibent souvent cette fonction ou la font cesser.

Alors, dans le cadre de notre travail, on prend du recul et on a une vue d'ensemble pour tenter de comprendre pourquoi les personnes ont des problèmes de santé mentale et pour examiner l'ensemble des répercussions du traumatisme.

Au cours d'une année, on offre des services à plus de 300 femmes. Notre programme met l'accent sur le counselling individuel, le counselling de couple et le travail en groupe. Tout au long de l'année, on dirige des groupes qui s'intéressent à toutes sortes de sujets particuliers.

Quand on examine les problèmes de santé mentale, on examine également les répercussions, le traumatisme et la dépendance.

Mme Madeline Boscoe, Institut de la santé des hommes et des femmes : Bonjour à tous, c'est bien de voir des visages que l'on connaît. Je vous remercie de m'avoir invitée aujourd'hui, et Miriam Stewart, la directrice scientifique de l'Institut de la santé des hommes et des femmes, vous dit bonjour et s'excuse de ne pas être présente. Je suis ici au nom de l'Institut et j'ai quelques commentaires à faire de mon cru, alors, il y a un peu de tout.

Dans le cadre de mon autre emploi à temps partiel, je m'occupe d'un programme de counselling et de promotion de la santé des femmes. Je ne peux m'empêcher de parler de ces expériences et de mes réflexions à cet égard aujourd'hui.

Je veux remercier l'Institut pour la santé des hommes et des femmes et les Centres d'excellence pour la santé des femmes de leur travail, ce qui m'a aidé à préparer mes commentaires.

Pour la plupart d'entre nous qui travaillons dans ce domaine, nous sommes heureux que votre comité accomplisse ce travail important. Il est extrêmement important qu'un organisme national, comme votre comité, mette l'accent sur la question de la santé mentale et de la maladie mentale au pays. Le désordre règne dans le système, et ça ne s'améliore pas, ça s'aggrave. Je ne sais pas si ce sont les tensions présentes dans notre société qui contribuent davantage au problème, mais je vais formuler quelques recommandations aujourd'hui.

I speak on behalf of most of us in the field that your report is a fabulous compilation of substance and data, and we commended you and we are very, very grateful. It is a huge piece of work, I realize.

We particularly agree with your recommendations around referencing the social determinants of health, the need for a population health approach, the issue around policy, not just treatment, and the role of engaging clients in the discussion of care, the structure of care is wonderful. I have been harping about this for 20 years as part of the women's movement, but I think it is true and it is really nice to see it on paper.

Now, the Gender and Health Institute's mandate within the CIHR is to illuminate, support, and understand the intersections of sex and gender in health with the idea that this adds value in terms of both our research policies and programs. From our very first needs assessment process, the issues of understanding what is going on in mental health and mental illness was a number one priority, as we heard from both our research community and our community of interest.

The fact that we did not have gender analysis data to develop some of the programs and services, Ms. Palmer's centre is ground-breaking in trying to advance and develop services, understanding that none of these things is gender neutral, either from a cause factor or a care factor.

We are in the early stages of 92 projects that explore the issues of gender. I am unable to report any data today other than to say the teams are working around issues of poverty and its effect on depression and the impacts of gender violence.

I will highlight a few of the bits of information that we have garnered, and I will leave them with your researcher so you can have those references later on.

Canada has a rich community of researchers and providers who are very interested in the gender aspects of care in mental health, both in prevention and promotion. We are happy to provide those names and data to you in an ongoing basis.

We do strongly believe that without the absence of an analysis of gender, we make mistakes, in terms of care, services and prevention. We are trying to add value and create knowledge applicable to all of those settings.

We are grateful for the mention of gender in your report, and would suggest and would be happy to illuminate that further if you are interested.

Je parle au nom de la plupart des personnes qui travaillent dans le domaine : votre rapport est une merveilleuse compilation de renseignements et de données, on vous félicite et on est très, très reconnaissant. Vous avez réalisé un énorme travail, je m'en rends compte.

Nous sommes particulièrement d'accord avec vos recommandations concernant le fait de tenir compte des déterminants sociaux de la santé, de la nécessité d'avoir un modèle axé sur la santé de la population, de la question entourant les politiques, pas seulement le traitement, et du rôle qui consiste à faire participer les clientes au débat sur les soins, la structure des soins est idéale. Je prône cela depuis 20 ans dans le cadre du mouvement des femmes, mais je crois que c'est vrai, et ça fait vraiment plaisir de le voir sur papier.

Maintenant, le mandat de l'Institut de la santé des hommes et des femmes, au sein des IRSC, consiste à soutenir et à connaître les intersections du sexe biologique et du sexe social sur le plan de la santé, à tenir compte de l'idée selon laquelle cela ajoute de la valeur à nos politiques et programmes de recherche et à faire la lumière à ce sujet. Dès notre tout premier processus d'évaluation des besoins, le fait de connaître ce qui survient en ce qui concerne la santé mentale et la maladie mentale représentait la priorité numéro un, comme nous l'ont mentionné notre milieu de recherche et notre communauté d'intérêts.

Nous n'avions pas de données provenant d'une analyse comparative entre les sexes pour élaborer quelques-uns des programmes et des services, mais le centre de Mme Palmer a innové et a tenté de mettre de l'avant et d'élaborer des services, car les gens là-bas comprenaient qu'aucun de ces éléments ne s'applique de façon égale aux hommes et aux femmes, que ce soit en raison d'un facteur contributif ou d'un facteur relatif aux soins.

On entreprend actuellement 92 projets qui analysent les enjeux relatifs aux rapports sociaux entre les sexes. Je ne suis pas en mesure de vous faire part de données aujourd'hui, mais je peux vous dire que les équipes travaillent sur les enjeux relatifs à la pauvreté et à ses effets sur la dépression et sur les répercussions de la violence qui s'exerce en fonction du sexe.

Je vais souligner quelques renseignements que nous avons recueillis et je vais les laisser à votre chercheur afin que vous puissiez les consulter plus tard.

Le Canada possède une grande collectivité de chercheurs et de fournisseurs qui sont grandement intéressés aux soins en santé mentale par rapport aux hommes et aux femmes, sur le plan de la prévention et de la promotion. Nous sommes heureux de vous fournir ces noms et ces données de façon continue.

Nous croyons fermement que, même si nous procédons à une analyse comparative entre les sexes, nous faisons des erreurs en ce qui concerne les soins, les services et la prévention. Nous tentons d'ajouter une valeur et de créer un savoir applicable à tous ces éléments.

Nous vous remercions d'avoir fait mention des rapports sociaux entre les hommes et les femmes dans votre rapport et nous serions heureux de pouvoir faire la lumière à ce sujet, si cela vous intéresse.

Women are more likely to experience depression and anxiety, but we need to explore the areas of socialization and ask questions about the links between depression, anxiety and poverty. We need to do much more work in this area.

Men are more likely to have their mental illness defined as an addiction or a behaviour disorder such as physical aggression or antisocial behaviour of one kind or another. We need to understand that and look at our labelling and think differently about men's health care.

Poverty, violence, and social exclusion are all contributing factors and the sequela of mental health issues; it is a cause and effect process. I am sure you have heard from other providers as you have gone across the country talking about this, but there is a substantial, an ever increasing body of research, both here in Canada and internationally, that links these areas of social exclusion, poverty, and violence of many, many kinds and its effect on mental health and well-being.

Now, this is particularly an issue for women as poverty and violence continues to be "feminized" both here in Canada and throughout the world. It is an issue for all women including elderly women, Aboriginal women, and new immigrants.

It is a huge international issue. Here in Canada, we see people come to our shores for respite from violence and chaos, and as we think we are good world citizens, we have a duty to advance and speak to those causative factors.

Here in North America, for example, there are gender differences in accessing care. Women, as we heard, are much more likely to attend out-patient mental health facilities and seek counselling care of one kind or another, whereas, men with psychiatric conditions are much less likely to get support for welfare, long-term disability. The unfortunate fact is that the state or society sees men's mental health issues as a behaviour problem rather than a mental health problem.

On the other hand, if you look at sex differences between adolescents, young boys tend to get into care faster than young women because they act out and therefore get attention. Young girls experience depression and commit more self-inflicted activities.

I am sure you have heard a lot about the sex differences in violence, but this huge issue needs a public health prevention approach as well as care and therapy. Women are much more likely, of course, to experience higher rates of sexual abuse, an intimate partner violence, and sexual assault. Men are much more likely, unfortunately, to be perpetrators of violence on other men, women children, and on themselves. This violence relates to hyper-masculinity and sex-role stereotyping and supported

Les femmes sont plus susceptibles de faire une dépression et d'éprouver de l'anxiété, mais nous avons besoin d'analyser les domaines de socialisation et de poser des questions concernant les liens entre la dépression, l'anxiété et la pauvreté. Nous devons faire beaucoup plus de travaux dans ce domaine.

On est plus susceptible de définir la maladie mentale des hommes comme une dépendance ou un trouble du comportement, comme une certaine agression physique ou un certain comportement antisocial. Nous devons comprendre cette situation, remettre en question notre étiquetage et penser de façon différente en ce qui concerne les soins de santé offerts aux hommes.

La pauvreté, la violence et l'exclusion sociale représentent tous des facteurs contributifs et des séquelles des problèmes de santé mentale; c'est une relation de cause à effet. Je suis sûre que les autres fournisseurs de partout au pays en ont parlé, mais il y a un nombre de plus en plus important de recherches, menées au Canada et à l'étranger, qui lient ces domaines d'exclusion sociale, de la pauvreté et de la violence de toutes sortes aux effets qu'ils ont sur la santé mentale et le bien-être.

Maintenant, cela représente surtout un enjeu pour les femmes puisque la pauvreté et la violence continuent d'être plus importantes pour les femmes du Canada et du monde entier. Il s'agit d'un enjeu pour toutes les femmes, y compris les femmes âgées, les femmes autochtones et les nouvelles immigrantes.

C'est un énorme enjeu international. Ici, au Canada, on voit des gens venir dans notre pays pour s'éloigner de la violence et du chaos, et, étant donné que l'on se considère comme de bons citoyens du monde, on a le devoir de faire avancer les choses et de parler de ces facteurs déterminants.

En Amérique du Nord, par exemple, il y a des différences entre les sexes en ce qui concerne l'accès aux soins. Comme on l'a déjà mentionné, les femmes sont beaucoup plus susceptibles de fréquenter les services de consultation externe des établissements psychiatriques et de chercher à participer à l'un ou l'autre des services de counselling offerts, tandis que les hommes ayant des troubles psychiatriques sont beaucoup moins susceptibles de chercher du soutien pour leur bien-être ou pour soigner une invalidité de longue durée. Malheureusement, l'État ou la société considère les problèmes de santé mentale des hommes comme un problème de comportement plutôt que comme un problème de santé mentale.

Toutefois, si vous observez les différences entre les sexes chez les adolescents, les jeunes garçons ont tendance à se faire soigner plus rapidement que les jeunes filles puisqu'ils passent à l'acte et attirent, par conséquent, l'attention. Les jeunes filles font des dépressions et s'automutilent davantage.

Je suis sûre que vous avez grandement entendu parler des différences entre les sexes sur le plan de la violence, mais cet enjeu important nécessite un modèle de prévention en santé publique, de même que des soins et un traitement. Les femmes sont beaucoup plus susceptibles, bien sûr, de connaître davantage la violence sexuelle, l'absence d'un partenaire sexuel et l'agression sexuelle. Les hommes sont beaucoup plus susceptibles, malheureusement, d'être violents envers d'autres hommes, des

behaviours. This encourages young men to experience early risk taking behaviours of one kind or another that society views as normal. In fact, young men who try to resist some of this sexual stereotyping are often re-victimized, linked into homophobic issues and attitudes in our society. So again, these are more little pictures rather than substantive processes.

I took very seriously your questions in your report about suggestions of one kind or another and I always like to offer those responses. First of all, the call for a national strategy is absolutely important. I think this is the lens by which we develop action plans to create synthesis, a consensus and go forward. I do think the provinces are struggling. I think the idea of a designated fund with signed —off indicators at the federal-provincial level on deliverables is important. The CIHI mental health indicators are quite narrow. It is difficult for the provinces because their investments have been difficult, at best, and they have been trying to do this within the existing description of medicare, which tends to mean psychiatrists and it tends to mean drugs.

I think the report would benefit from the further understanding of a gendered analysis of health problems. I have given you a few examples but we need more understanding, particularly at the community level, of anxiety, depression, and eating disorder issues. We are overwhelmed with problems in those areas.

Even though the eating disorder issue is most often a young women's issue, we receive requests from teachers to talk to young boys affected with the disorder. We speak to young girls in Grade 6 and follow through to puberty but even boys need counselling in that area. Boys, not even at puberty are taking hyper-protein drinks and in some cases using testosterone to help them adopt these super masculine bodies. This is a very troubling manifestation of eating disorders.

I suggest that you expand the population health approach to include a focus on prevention and to ask what kind of commitment we are prepared to make for our youth.

We can be proud of many publications of the mental health documents. When I think about mental health promotion, I think about creating healthy work environments and healthy cities. I think about making cities safe for people to network and build in and in the creation of social support networks. I think of helping people understand how to deal with conflict in ways that are not physical, which seems to be the way our media teaches this new generation how to cope.

femmes, des enfants et eux-mêmes. Cette violence concerne l'hypermasculinité, les stéréotypes sexuels et les comportements connexes. Cela encourage les jeunes hommes à prendre, dès leur plus jeune âge, des risques que la société considère comme normaux. Enfin, les jeunes hommes qui tentent de résister à certains de ces stéréotypes sexuels redeviennent souvent des victimes, et on établit des liens avec les attitudes et les enjeux homophobes dans notre société. Alors, encore une fois, ce sont des situations ponctuelles plutôt que des processus de fond.

Dans votre rapport, j'ai pris très au sérieux vos questions qui concernaient différentes propositions et j'aime toujours donner ces réponses. Tout d'abord, la demande d'une stratégie nationale est très importante. Je crois qu'il s'agit de la meilleure façon d'élaborer des plans d'action visant à créer une synthèse et un consensus et à aller de l'avant. Je crois sincèrement que les provinces ont de la difficulté. Je crois que l'idée d'un fonds affecté à des fins particulières qui comporte des indicateurs sur les réalisations attendues sur lesquels se sont entendus le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux est importante. Les indicateurs de santé mentale de l'ICIS sont très limités. La situation est difficile pour les provinces puisqu'elles ont eu de la difficulté à cibler leurs investissements, dans le meilleur des cas, et qu'elles ont tenté de le faire dans le cadre de la description actuelle du régime d'assurance-maladie, ce qui signifie le recours aux psychiatres et aux médicaments.

Je crois que le rapport pourrait profiter d'une meilleure compréhension d'une analyse comparative entre les sexes en ce qui concerne les problèmes de santé. Je vous ai donné quelques exemples, mais on doit mieux connaître, surtout à l'échelle communautaire, l'anxiété, la dépression et les troubles de l'alimentation. Il y a beaucoup trop de problèmes dans ces domaines.

Même si les troubles alimentaires représentent plus souvent un problème chez les jeunes femmes, les enseignants nous demandent de parler aux jeunes garçons affectés par ce trouble. Nous avons parlé à de jeunes filles de sixième année et nous les avons suivies jusqu'à la puberté, mais même les garçons ont besoin de counselling dans ce domaine. Les garçons, même avant la puberté, consomment des boissons hyperprotéinées et, dans certains cas, prennent de la testostérone pour devenir très musclés. C'est une manifestation très inquiétante des troubles de l'alimentation.

Je propose d'élargir le modèle axé sur la santé de la population pour y intégrer la prévention et pour réfléchir au genre d'engagement que nous voulons prendre par rapport à nos jeunes.

Nous pouvons être fiers des nombreuses publications sur la santé mentale. Quand je pense à la promotion de la santé mentale, je pense à créer des milieux de travail sains et des villes saines. Je pense à rendre les villes sûres pour les gens afin qu'ils s'y installent et établissent des réseaux, de même qu'à créer des réseaux de soutien social. Je pense à aider les gens, à leur faire connaître la façon non physique de régler des conflits, ce qui semble être la façon dont nos médias apprennent à cette nouvelle génération comment s'adapter.

I think it is also important that we talk about reducing health disparities because often the relationship between income and mental health seems to be so close.

I think that most of us feel there is a role for paraprofessionals such as social workers, health educators and community workers. I also feel that interventions do not have to operate solely within the drug and drug management process.

Many of us are concerned that the Romanow report is narrow concerning primary care and mental health being. That report focuses on drug monitoring activity, illegal drug cessation and ignores physical activity, nutrition, tobacco cessation, social support and sheltered housing.

I am not a counsellor and I believe Humpty Dumpty is a true story. I think you can fall off the wall and get put back together, but you do not always get put back together in a way that does not mean you do not need help in a regular way. We have abandoned those folks to the street, as I am sure you are aware.

We really are grateful for your recommendation about research. It is difficult to help people do policy and allocate scarce resources in the absence of good research.

One of the gaps we have identified at the Gender and Health Institute is in the area of funding innovation and supporting innovation. The kinds of activities that we are talking about, using other kinds of care providers, projects like street programs for the homeless folks, sheltered housing, supportive housing, the Laurel Centre, most of these things happen outside most of the research environment and, therefore, they are not evaluated and supported very well.

Here in Canada, we do not have an innovation fund that allows research and trial runs. We are very good on the side of clinical trials; if you have a drug or you want to do surgery, then we can fund innovation. However, we do not have a fund that allows the social support programs field to develop. We believe that population health studies, clinical trials, and the study of the pros and cons of different kinds of psychiatrists is essential to good research on the subject of mental health. We want to get out a little farther and help create some research that is going to help us on innovation. We ran into a problem having a researcher and no staff to do the innovation, so it is a bit of a catch 22.

I would like to highlight the next mental health report, due in the fall. The Institute of Gender and Health and the CIHR contributed two chapters to the report, one on gender analysis, and one on Aboriginal mental health. I think you will find that report very useful as you go forward in your deliberations.

Je crois qu'il est également important qu'on parle de la diminution des écarts sur le plan de la santé puisque la relation entre le revenu et la santé mentale semble souvent étroite.

Je crois que la plupart d'entre nous avons l'impression que les personnes auxiliaires, comme les travailleurs sociaux, les éducateurs sanitaires et les travailleurs communautaires, ont un rôle à jouer. J'ai aussi l'impression qu'on ne doit pas uniquement intervenir lorsqu'une personne consomme de la drogue ou qu'elle tente de régler son problème de consommation.

Bon nombre d'entre nous se préoccupent du fait que le rapport Romanow parle peu des soins primaires et de la santé mentale. Ce rapport met l'accent sur la pharmacovigilance et l'arrêt de la consommation de drogues illégales, mais laisse de côté l'activité physique, la nutrition, le fait d'arrêter de fumer, le soutien social et le logement protégé.

Je ne suis pas une conseillère et je crois que l'histoire de Humpty Dumpty est vraie. Je crois que vous pouvez tomber du mur et qu'on peut vous remettre sur pied, mais ce n'est pas toujours fait de façon que vous n'ayez plus besoin d'aide de façon régulière. On a abandonné ces personnes dans la rue, et je suis sûre que vous êtes au courant.

Nous sommes vraiment reconnaissants de votre recommandation concernant la recherche. C'est difficile d'aider des personnes à élaborer des politiques et à affecter des ressources restreintes en l'absence d'une bonne recherche.

À l'Institut de la santé des hommes et des femmes, on a cerné, entre autres, une lacune dans le domaine du financement et du soutien de l'innovation. Le genre d'activités dont on parle, en ayant recours à d'autres genres de fournisseurs de soins, des projets comme des programmes de rue pour les sans-abri, des logements protégés, des logements avec services de soutien, le Laurel Centre, la plupart de ces activités surviennent le plus souvent à l'extérieur du milieu de la recherche et, par conséquent, elles ne sont pas très bien évaluées et reçoivent peu de soutien.

Au Canada, on ne dispose pas d'un fonds d'aide à l'innovation qui permet la recherche et les essais. Nous sommes très bons en ce qui concerne les essais cliniques; si vous fabriquez un médicament ou que vous voulez procéder à une chirurgie, nous pouvons alors financer l'innovation. Toutefois, nous n'avons pas de fonds qui permettent d'élargir les programmes de soutien social. Nous croyons que les études sur la santé de la population, les essais cliniques et les études sur les avantages et les inconvénients des différents genres de psychiatres sont essentiels pour mener de bonnes recherches sur la santé mentale. Nous voulons aller un peu plus loin et aider à mener certaines recherches qui vont nous aider en matière d'innovation. Nous avons eu un problème : nous avions un chercheur, mais pas de personnel pour apporter l'innovation, alors, nous nous trouvons dans une impasse.

J'aimerais faire mention du prochain rapport sur la santé mentale, prévu à l'automne. L'Institut de la santé des hommes et des femmes et les IRSC ont participé à la rédaction de deux chapitres du rapport, un sur l'analyse comparative entre les sexes, et l'autre sur la santé mentale des Autochtones. Je crois que vous trouverez ce rapport très utile à mesure que vous délibérerez.

The Deputy Chairman: There are very significant differences in patterns between male and female. I suspect that we will have to target the youngsters in slightly different ways to cope with these differences.

Is your data consistent with the rest of the country or is your situation unique?

Mr. Fransoo: It is hard to say with certainty, but as the study included a million people, it is very unlikely that other provinces are radically different. There will of course be regional variations, perhaps in the prevalence of rates, but, I suspect the associations across genders and with income are very likely patterns that would hold across the country.

The Deputy Chairman: I would suspect so also because your numbers are far greater than most of the statistical studies.

Have you discussed different approaches to male and female mental illness in youngsters?

Mr. Fransoo: Well, I do not know of anything really pointed. The likely exception is Ms. Marni Brownell, who has done extensive work on ADD and ADHD and use of psycho stimulant medications. That is another illness with a huge gender bias and is more commonly diagnosed in young boys. Among those diagnosed, young boys are considerably more likely to get psycho-stimulant medication. We see the incidence rate of ADD and ADHD rising slowly over time. What that means is the prevalence will continue to rise as time goes, as this is not generally something that is lost until children reach 20 or 25, in some cases. In some cases, it never goes away.

One of the other questions about the male/female difference issue is the male hesitance to attend to health care. You know, one of the ways that we think this has reared its head in the statistics we have, though this is not something our data can address directly, is the difference between the people in the no disorders group and the cumulative disorders group. That difference was in a number of cases actually higher for males than for females. People in our working group speculated this might be because if males are more hesitant to attend health care providers and to discuss mental illness issues with their doctors or health care providers, their diagnosis is delayed. That delay can mean that the disease is more severe and its ramifications are more intense in terms of their need for physician help and hospital care.

Much as the prevalence is obviously higher in females, there may be need to find specific ways to get at males to get these issues on the table and to address them earlier on, before they are at end stage or in more serious situations.

Le vice-président : Il y a des différences très importantes entre les habitudes des hommes et celles des femmes. Je suppose qu'on va devoir cibler les jeunes de façon légèrement différente pour s'adapter à ces différences.

Vos données correspondent-elles à celles du reste du pays ou votre situation est-elle unique?

M. Fransoo : C'est difficile à dire, mais puisque l'étude comprenait un million de personnes, il est très peu probable que les données des autres provinces soient radicalement différentes. Il y aura bien sûr des écarts régionaux, peut-être en ce qui concerne la prévalence des taux, mais j'ai l'impression que les tendances relatives aux associations entre le sexe et le revenu gagné seront pratiquement les mêmes partout au pays.

Le vice-président : J'ai cette impression parce que vos chiffres sont beaucoup plus élevés que la plupart des chiffres révélés par les études statistiques.

Avez-vous parlé des approches différentes à adopter à l'égard de la maladie mentale chez les filles et les garçons?

M. Fransoo : Bien, on n'a porté rien de tel à ma connaissance. Il n'y a qu'une seule exception, c'est Mme Marni Brownell, qui a mené des travaux d'envergure sur l'HADA et sur le THADA et sur l'utilisation de psychostimulants. C'est une autre maladie qui présente une énorme différence entre les sexes et que l'on diagnostique plus couramment chez les jeunes garçons. Parmi les personnes qui ont reçu ce diagnostic, les jeunes garçons sont beaucoup plus susceptibles de prendre des psychostimulants. On constate que le taux d'incidence de l'HADA et THADA augmente légèrement au fil des ans. Ça signifie que la prévalence continuera d'augmenter à mesure que le temps passe puisque c'est une maladie qui peut sévir jusqu'à ce que les enfants aient 20 ou 25 ans, dans certains cas. Dans d'autres cas, la maladie est toujours présente.

L'une des questions concernant la différence entre les femmes et les hommes concerne le fait que ces derniers hésitent avant de se faire soigner. Vous savez, l'une des façons dont, d'après nous, c'est apparu dans les statistiques que nous possédons, même si ce n'est pas une chose dont nos données traitent directement, c'est la différence entre les gens qui n'ont aucun trouble et ceux qui ont des troubles multiples. La différence résidait dans le fait qu'il y avait beaucoup plus de cas qui concernaient les hommes que les femmes. Les personnes qui participaient à notre groupe de travail ont dit que c'était peut-être parce que les hommes hésitaient davantage à consulter des fournisseurs de soins de santé et à discuter des problèmes de santé mentale avec leur médecin ou leur fournisseur de soins de santé, ce qui retarde leur diagnostic. Ce retard peut vouloir dire que la maladie est plus grave et que ces ramifications sont plus intenses en ce qui concerne leur besoin d'obtenir de l'aide d'un médecin et des soins hospitaliers.

Même si la prévalence est manifestement plus élevée chez les femmes, on devra peut-être trouver des moyens particuliers pour tenir compte des hommes, débattre de ces enjeux et les régler rapidement, avant qu'ils ne soient en phase terminale ou dans des situations plus graves.

The Deputy Chairman: Ms. Palmer, are you aware of this discrepancy. Has it affected your thinking at all, this discrepancy between male and female?

Ms. Palmer: We work with the female population.

The Deputy Chairman: Only females?

Ms. Palmer: Yes, only females.

The Deputy Chairman: So you are already there, you do not do comparatives?

Ms. Palmer: No, but during the course of couple counselling we find that because the female accesses help so much sooner than the male that couple counselling can be difficult. The woman is at a better stage in terms of being able to name her needs, identify her feelings, and name the issues in her relationship. The man, on the other hand is at the beginning stages and this gap in their ability to name and discuss their problems makes counselling difficult.

The Deputy Chairman: Are the general measures to screen young people and then to treat and support them different in your centre from the average setting that treats both males and females?

Ms. Palmer: At our agency, our mandate is to deal with sexually abused women who are also experiencing addiction and compulsive coping issues. That is our screening criteria. If they meet those criteria, they come in for help.

The Deputy Chairman: Ms. Boscoe, how do these findings affect your work?

Ms. Boscoe: I will go back to your original question. My instinct is that the findings would be similar across the country.

It is also the way name issues. I am going to go back to young men who have tried to resist typical sexual issues such as drinking and driving, or taking some of the risks that young men take. There is a cost for them to resist those issues while at the same time it puts them at a different kind of risk.

We must have better primary health and mental health promotion to stop that process so that we do not end up with it just being on an individual.

I think we are finding that the link between your brain, your heart, and your blood pressure is an extremely close and intimate relationship. We see that men have a physiological reaction and the relationship between depression and heart disease. We are reaffirming what we have always known; we cannot differentiate those processes. Unfortunately, we have created a medical system that believes there is a difference between the two. We have providers who are comfortable with the blood pressure process but not so comfortable on the feeling process. Women tend to engage more easily and we demand it more because we are socialized to expect it. Where I think it is much more complex for men, and young men to get into that process.

Le vice-président : Madame Palmer, êtes-vous au courant de cet écart? Cet écart entre les hommes et les femmes a-t-il influencé votre façon de penser?

Mme Palmer : Nous travaillons avec des femmes.

Le vice-président : Seulement des femmes?

Mme Palmer : Oui, seulement des femmes.

Le vice-président : Alors, vous en êtes déjà là, vous ne faites pas d'analyse comparative?

Mme Palmer : Non, mais au cours de séances de counselling de couple, nous avons constaté que, puisque les femmes demandent de l'aide plus rapidement que les hommes, le counselling de couple peut être difficile. La femme se trouve à une étape plus avancée et est capable de déterminer ses besoins, ses sentiments, et les problèmes qu'elle vit dans sa relation. Par contre, l'homme se trouve aux premières étapes, et le fait qu'il ne puisse pas déterminer ses problèmes et en discuter rend le counselling difficile.

Le vice-président : Les mesures générales pour évaluer les jeunes, les traiter et les soutenir sont-elles différentes dans votre centre, par rapport à l'établissement moyen qui traite des hommes et des femmes?

Mme Palmer : Au sein de notre organisme, notre mandat consiste à nous occuper de femmes victimes de violence sexuelle qui sont également dépendantes et qui éprouvent des problèmes d'adaptation compulsive. Ce sont nos critères de sélection. Si elles répondent à ces critères, elles peuvent obtenir de l'aide.

Le vice-président : Madame Boscoe, de quelle façon ces constatations affectent-elles votre travail?

Mme Boscoe : Je vais revenir à votre première question. D'après moi, les constatations seraient les mêmes partout au pays.

C'est également la façon de cerner des enjeux. Je vais revenir sur le cas des jeunes hommes qui ont tenté de résister aux stéréotypes sexuels, comme le fait de conduire avec les facultés affaiblies ou de prendre certains risques que prennent les jeunes hommes. Il y a des inconvénients à résister à ces stéréotypes, mais, en même temps, ça les place devant un autre genre de risque.

Nous devons offrir de meilleurs soins primaires et promouvoir davantage la santé mentale pour interrompre ce processus et nous assurer que nos interventions ne sont pas que ponctuelles.

Je crois qu'on est en train de constater que le lien entre votre cerveau, votre cœur et votre pression artérielle est extrêmement étroit. On constate que les hommes ont une réaction physiologique et qu'il y a une relation entre la dépression et les maladies du cœur. On réitère ce qu'on a toujours su : on ne peut établir une différence entre ces processus. Malheureusement, on a créé un système médical qui croit qu'il existe une différence entre les deux. Il y a des fournisseurs qui sont à l'aise avec le processus relatif à la pression artérielle, mais qui ne sont pas à l'aise par rapport aux sentiments. Les femmes ont tendance à s'engager plus facilement, et c'est ce qu'on exige puisque, dans notre société, on s'y attend. Mais je crois qu'il est beaucoup plus complexe pour les hommes et les jeunes hommes d'entreprendre ce processus.

I notice grade 6 kids worrying about body image, we do exercises in reading magazines critically, and they do collages and things. It is a tighter loop for young girls to understand that influence and push back a bit. I think it is still riskier for these young boys. We talk a lot about girls responding to peer pressure, but the peer pressure for men is much more sophisticated and subtle, but just as active.

Senator Pépin: You mentioned that women use the services twice as often as men do. I have the feeling that women are much more open, and if we have a problem, we will go for help. You also mentioned that the woman calls for her husband. Do you see it that way or is it different?

Mr. Fransoo: No, it is different. I hope I did not miscommunicate because it seems that I have. We did not deem that women use services twice as often as men, not at all. It is only a very little bit higher. The people who have mental illness visit doctors twice as often as people who do not, and that is true for both sexes.

The difference between men and women is very small compared to the difference between those who have no mental illness and they say who have mental illness, but the comparison between sexes is relatively close.

I am sorry if I did not make that clear.

Senator Pépin: You also mentioned that one young girl out of three who has tried suicide.

Mr. Fransoo: That is not in a general population.

Senator Pépin: You said in a part of Manitoba.

Mr. Fransoo: In the north, right. It is among those living in the lowest income areas and who have had a previous diagnosis for mental illness. It is really a demonstration of things that influence the likelihood of attempting suicide. In the north of Manitoba where there is a large low-income population, the younger women are more likely to commit suicide. However, the strongest factor is whether they have a mental illness. That factor is a very strong predictor in terms of differentiating who is going to attempt and who is not.

If you have, in a sense, all of those strikes against you, you have somewhere around 30 per cent or 32 per cent likelihood of attempting suicide. But that is not for all women in Manitoba.

Senator Pépin: Please tell me that average age of these girls.

Mr. Fransoo: These girls are within the age range of 10-19 years. We had to group a very large age range because, thankfully, the number of events here is relatively small. We work under suppression rules for things that happen very rarely, we do not report.

J'ai remarqué que des enfants de 6^e année s'inquiétaient de l'image corporelle, qu'on fait de l'exercice en regardant les revues d'un œil critique, et ils établissent des liens et des choses comme ça. Il est difficile pour les jeunes filles de comprendre cette influence et de la rejeter. Mais je crois que c'est encore plus risqué pour ces jeunes garçons. On a beaucoup parlé de la façon dont les filles réagissent aux pressions de leurs pairs, mais la pression des pairs pour les hommes est beaucoup plus subtile, mais tout aussi intense.

Le sénateur Pépin : Vous avez mentionné que les femmes utilisent les services deux fois plus souvent que les hommes. J'ai l'impression que les femmes sont beaucoup plus ouvertes et que si nous éprouvons un problème, nous allons chercher de l'aide. Vous avez également mentionné que la femme demande de l'aide à son mari. Le voyez-vous de cette façon ou est-ce différent?

M. Fransoo : Non, c'est différent. J'espère que je n'ai pas dit des choses erronées, mais j'ai l'impression que c'est ce que j'ai fait. On ne considère pas que les femmes utilisent les services deux fois plus souvent que les hommes, pas du tout. Les chiffres sont un tout petit peu plus élevés que ça. Les personnes qui ont une maladie mentale rendent deux fois plus souvent visite à leur médecin que les personnes qui n'ont pas de maladie mentale, et c'est vrai pour les deux sexes.

La différence entre les hommes et les femmes est très faible, comparativement à la différence entre les personnes qui n'ont pas de maladie mentale et celles qui en ont une, mais l'écart entre les sexes est assez faible.

Je m'excuse si je n'ai pas été assez clair.

Le sénateur Pépin : Vous avez également mentionné qu'une jeune fille sur trois avait tenté de se suicider.

M. Fransoo : Ce n'est pas dans la population en général.

Le sénateur Pépin : Vous avez dit que c'était dans une partie du Manitoba.

M. Fransoo : Dans le Nord, oui. C'est parmi les personnes qui vivent dans les régions où le revenu est le plus faible et qui ont déjà reçu un diagnostic de maladie mentale. Ça montre vraiment les éléments qui influent sur les probabilités de tentative de suicide. Dans le nord du Manitoba, où il y a une grande population à faible revenu, les jeunes femmes sont beaucoup plus susceptibles de se suicider. Toutefois, le facteur qui influence le plus ces jeunes femmes, c'est le fait qu'elles souffrent ou non d'une maladie mentale. Ce facteur représente une très forte variable lorsque vivent le temps de distinguer les personnes qui vont tenter de se suicider et celles qui ne le feront pas.

D'une certaine façon, si vous réunissez tous ces facteurs, vous tenterez de vous suicider dans 30 à 32 p. 100 des cas. Mais ça ne concerne pas toutes les femmes du Manitoba.

Le sénateur Pépin : Veuillez me dire l'âge moyen de ces filles.

M. Fransoo : Ces filles sont âgées de 10 à 19 ans. On a dû regrouper une très vaste plage d'âge, car, heureusement, le nombre de cas qui surviennent là-bas est assez peu élevé. Dans le cas d'événements qui surviennent très rarement, on suit des règles de suppression, c'est-à-dire qu'on n'en fait pas mention.

Senator Pépin: Ms. Palmer you mentioned that your centre is looking after women who have been sexually aggressed, I thought maybe they tried suicide because they were unable to ask for help.

Ms. Palmer: Yes, exactly.

Senator Pépin: You said that one young woman out of three, and regarding boys what is the ratio?

Ms. Palmer: One out of seven.

Senator Johnson: One out of seven. This is new, I mean, for the boys that you know we are coming off like this because we always speak about girls. I mean we rarely speak about young men. I think that it is wonderful the centre you have because it is rare that you have a centre that is looking after women who are being sexually aggressed.

While I was a member of parliament, I did a study on violence against children. That pointed to the number of sexual aggressions. I thought that because of education that things had improved, but I have the feeling that it is getting worse.

Ms. Palmer: It is quite frightening sometimes. I would like to believe that it is improving too, but my work with young women indicates that it is not improving.

Violence against women and children is a huge social/political issue.

Senator Pépin: Yes, and it does not occur only in the rural areas, because your centre is in the city.

Ms. Palmer: You are correct, Senator Pepin.

Senator Pépin: Madeline, you spoke about the importance of prevention and we talk about the sensitization of the community.

Ms. Boscoe: Mental health has a skill component to it. We talk about early recognition and diagnosis and the screening processes. When we go into schools, we talk about safe street safety, and being safe in your body, and being safe at home, and developing skills and negotiating conflict in a way that is healthy. We point out that the answer to problems is not always fisticuffs. We very much support the community anti-bullying programs and programs that help build social support.

It is funny to imagine it, but programs such as community kitchens, community gardens, Habitat for Humanity, things that bring people out of their homes and into relationships and into mutual support are all on that prevention pile because they are very people focused.

I believe in a healthy economic policy. When you look at some of the depression and some of these other issues, it is hard to know which came first, the chicken or the egg. Certainly, if you have a mental illness and you are on long-term disability, unless you have a family that is somehow supporting you, you are

Le sénateur Pépin : Madame Palmer, vous avez mentionné que votre centre prend en charge des femmes qui ont été victimes de violence sexuelle, qui, je crois, ont peut-être même tenté de se suicider parce qu'elles n'étaient pas capables de demander de l'aide.

Mme Palmer : Oui, c'est ça.

Le sénateur Pépin : Vous avez parlé d'une jeune femme sur trois, mais qu'en est-il du ratio des garçons?

Mme Palmer : Un garçon sur sept.

Le sénateur Johnson : Un garçon sur sept. C'est nouveau, je veux dire, pour les garçons, vous savez, on est surpris comme ça parce qu'on parle toujours des filles. Je veux dire, on parle rarement des jeunes garçons. Je crois que votre centre est merveilleux, car c'est rare de voir un centre qui s'occupe de femmes qui ont été victimes de violence sexuelle.

Quand j'étais député, j'ai réalisé une étude sur la violence faite aux enfants. Elle soulignait le nombre d'agressions sexuelles. Je croyais qu'en raison de l'éducation les choses se seraient améliorées, mais j'ai l'impression qu'elles s'aggravent.

Mme Palmer : Ça fait assez peur parfois. Moi aussi, j'aimerais croire que les choses s'améliorent, mais mon travail auprès des jeunes femmes révèle que ce n'est pas le cas.

La violence faite aux femmes et aux enfants représente un énorme enjeu social et politique.

Le sénateur Pépin : Oui, et ça n'arrive pas seulement dans les régions rurales, étant donné que votre centre se trouve dans la ville.

Mme Palmer : C'est exact, sénateur.

Le sénateur Pépin : Madeline, vous avez parlé de l'importance de la prévention, et nous avons parlé de la sensibilisation de la collectivité.

Mme Boscoe : Il y a une compétence liée à la santé mentale. On a parlé de la reconnaissance et du diagnostic précoces et des processus de sélection. Quand on se rend dans les écoles, on parle de la sécurité dans la rue, du fait de se sentir bien dans son corps, de se sentir en sécurité à la maison, de perfectionner des compétences et de régler des conflits de façon saine. On a souligné que la réponse aux problèmes, ce ne sont pas toujours les coups de poing. On soutient fortement les programmes communautaires de lutte contre l'intimidation et les programmes qui aident à créer un soutien social.

C'est un peu bizarre, mais les programmes, comme des cuisines communautaires, des jardins communautaires, Habitat for Humanity, qui font sortir les gens de leur maison et leur permettent d'établir des relations et d'apporter un soutien mutuel, ce sont tous des programmes de prévention parce qu'ils sont axés sur les gens.

Je crois en une politique économique saine. Quand vous examinez certaines dépressions et certains autres enjeux, il est difficile de savoir ce qui est arrivé en premier, l'œuf ou la poule. Si vous avez une maladie mentale et que vous êtes en congé d'invalidité de longue durée, vous êtes certainement très pauvre, à

beyond poor. You are poor to the point where you have no housing. We are talking about a substantive life involvement that is very difficult for these people.

The debates around minimum wage and trying to get minimum wage crawling up, at least here in Manitoba, close to the poverty level is a prevention process, because living in poverty creates a kind of social exclusion and depression intention that then feeds your mental health.

Just as an aside, Dr. Stewart and I are on a research project looking at low-income women and smoking. We were talking about issues in their lives. Two to one, in one of our focus groups, those women are moved three times with their kids in the last year because they could not find safe housing. I would be more than smoking if I had to do that, I have got to tell you.

When I think about prevention, I think about it in the spirit of Jake Epp, I think about it in the spirit of Mr. Lalonde, and I am old enough to remember them. We think about prevention in the true noble nature of our society and our democracy. Safe and good housing contributes to good mental health and bringing the minimum wage up to a liveable level reduces stress. These conditions are interrelated and investments in both the care side and the prevention side would take us a long way. I do not mean drugs and psychiatrists. A framework with a noble vision excites me and I would volunteer to be on the writing committee.

The Deputy Chairman: When we get into details, we forget that the major determinant of health is wealth, and we keep forgetting that.

Mr. Fransoo: I will add that the report keeps the focus on policy and systemic issues. One of the things we celebrate in Canadian health research and epidemiology is we think ahead of the view south of the border, which is much more individualistic looking at behaviours and diet and exercise and all those kind of things. They can be important influences in health as well, but we think the societal and systemic issues have far more important effects on the population's health level.

We are happy in Canada that we are better at avoiding the blaming victim game, but it is important that we are aware that we are good at that so we keep it at the forefront in our minds.

One of the sort of individual versions that is to be healthy do not smoke if you can and do not drink, you know, eat a good diet and exercise a lot. The more policy or group level approach is do not be poor, and if you have to be poor do not be poor for long, and do not live in substandard housing, and do not have a low income or minimum wage job, and those kinds of things. It just gets your thinking in the different sort of area that we can take for granted a lot because in Canada, we do have more of these

moins que vous n'avez une famille qui subvienne à vos besoins. Vous êtes tellement pauvre que vous n'avez même pas de logement. On parle ici du fait que ça prend beaucoup de temps, ce qui est très difficile pour ces personnes.

Le débat entourant le salaire minimum et les efforts déployés pour faire en sorte que le salaire minimum, au moins au Manitoba, soit près du seuil de pauvreté représente un processus de prévention, car le fait de vivre dans la pauvreté crée un genre d'exclusion sociale et de dépression qui affectent par la suite votre santé mentale.

J'aimerais simplement mentionner que le Dr Stewart et moi travaillons sur un projet de recherche concernant les femmes à faible revenu et le tabagisme. Nous parlions d'enjeux importants dans leur vie. Dans un ratio de deux pour un, dans l'un de nos groupes échantillons, ces femmes ont déménagé trois fois avec leurs enfants au cours de la dernière année parce qu'elles n'arrivaient pas à trouver de logement sûr. Je dois vous dire, je ferais bien plus que fumer si je vivais pareille situation.

Quand je pense à la prévention, je pense à Jake Epp, je pense également à M. Lalonde, et je suis assez vieille pour me souvenir d'eux. On pense à la prévention en tenant compte de la vraie nature noble de notre société et de notre démocratie. Un bon logement sûr contribue à une bonne santé mentale, et le fait d'augmenter le salaire minimum à un niveau décent diminue le stress. Ces conditions sont interreliées, et des investissements en soins et en prévention nous mèneraient loin. Je ne parle pas de médicaments et de psychiatres. Un cadre proposant une vision noble m'intéresse, et j'accepterais volontiers de faire partie du comité de rédaction.

Le vice-président : Quand on procède à un examen approfondi, on oublie que le principal déterminant de la santé est la richesse, et on l'oublie sans cesse.

M. Fransoo : J'aimerais ajouter que le rapport met l'accent sur les enjeux politiques et systémiques. L'une des choses dont nous sommes fiers sur le plan de l'épidémiologie et de la recherche en santé au Canada, c'est que nous sommes en avance sur nos voisins du Sud, c'est-à-dire que nous observons de façon beaucoup plus individualiste les comportements, les régimes alimentaires, l'exercice et toutes ces choses. Elles peuvent également avoir une influence importante sur la santé, mais nous croyons que les enjeux sociétaux et systémiques ont des effets beaucoup plus importants sur le niveau de santé de la population.

Au Canada, nous sommes heureux d'être mieux placés pour éviter d'avoir à jouer le jeu qui consiste à faire porter le blâme à la victime, mais il est important que nous reconnaissons que nous sommes bons dans ce domaine afin que nous ne l'oublions jamais.

L'une des façons d'être en santé consiste à ne pas fumer, si vous le pouvez, à ne pas boire, vous savez, à avoir un bon régime alimentaire et à faire beaucoup d'exercice. Il existe une approche davantage axée sur les politiques ou les groupes, c'est de ne pas être pauvre, et, si vous êtes pauvre, ne le soyez pas pendant un long moment, ne vivez pas dans un logement insalubre et n'occupez pas un emploi à faible revenu ou au salaire minimum et ce genre de choses. Ça nous porte à réfléchir sur les différents

conversations where we think of these systemic issues. It is not universal in the world and it is important that we are aware of it so we keep it on the top of our heads.

Senator Johnson: Mr. Fransoo, in chapter 4, you discuss the burden of Manitoba's health care system, and I wonder if the word "burden" is perhaps the incorrect terminology. This is the nature of the illness, and a burden because the treatment is inadequate. We are aware that this illness manifests itself in many physical problems.

Mr. Fransoo: It is a commonly used term in the epidemiology world. It was surprising to us that among one million Manitobans, there is on average five million physician visits each year. One in 10 of those visits are for mental illness problems.

Senator Johnson: Why should that surprise you?

Mr. Fransoo: The high number of 500,000 visits surprises me.

Senator Johnson: That is what is going on in the world.

Mr. Fransoo: There is also a concern, especially in rural areas, that the physician does not name the mental illness.

Senator Johnson: I return to that stigma issue after each discussion.

Mr. Fransoo: We thought the number would be smaller because even physicians sweep these items under the carpet.

Senator Johnson: I am not trying to be negative towards you in any way. I just think that even the language we use in this kind of thing is part of the problem.

Unveiling the stigma is the last frontier and hopefully this study will help open up that frontier. People must have adequate treatment and that is difficult if they live in Fisher Branch and have depression. If they go to their doctor with a migraine or irritable bowel et cetera, the doctor might link those maladies to mental health illness. You call them cumulative disorders, or depression, or whatever.

Ms. Boscoe: It is also difficult to always rely on health service utilization data in this area because many clinicians deliberately do not bill or talk about these things because of privacy rights. Certainly, in the management, we did not get a chance to talk about the electronic billing record. I cannot for the life of me believe that we should imagine this is a robust electronic record. We will not find this type of information because both the providers and the public do not want mental illness noted in the medical files.

éléments que nous tenons pour acquis parce que, au Canada, on parle plus souvent de ces enjeux systémiques. Ce n'est pas une notion universelle, et c'est important qu'on en prenne connaissance afin qu'on ne l'oublie pas.

Le sénateur Johnson : Monsieur Fransoo, au chapitre 4, vous parlez du fardeau du système de soins de santé du Manitoba, mais je ne sais pas si le mot « fardeau », c'est le mot exact. C'est la nature de la maladie, et elle devient un fardeau si le traitement est inadéquat. Nous savons que cette maladie comporte bon nombre de problèmes physiques.

M. Fransoo : C'est un terme couramment utilisé dans le milieu de l'épidémiologie. On a été surpris de constater qu'il y a en moyenne 5 millions de visites chez le médecin chaque année au Manitoba, où résident un million de personnes. De ce nombre, une visite sur dix concerne des problèmes de maladie mentale.

Le sénateur Johnson : Pourquoi êtes-vous surpris?

M. Fransoo : C'est le nombre élevé de 500 000 visites qui me surprend.

Le sénateur Johnson : C'est ce qui se produit dans le monde.

M. Fransoo : On se préoccupe également, surtout dans les régions rurales, du fait que le médecin ne nomme pas la maladie mentale.

Le sénateur Johnson : Je reviens à cette question de stigmates après chaque débat.

M. Fransoo : On pensait que le nombre serait plus petit, car même les médecins cachent ces éléments sous le tapis.

Le sénateur Johnson : Je ne veux pas être négatif à votre égard. Je crois simplement que même les expressions que nous utilisons dans ce genre de situation représentent une partie du problème.

Le fait de dévoiler le stigmate constitue le dernier obstacle, et cette étude aplanira, je l'espère, cet obstacle. Les gens doivent recevoir un traitement adéquat, et c'est difficile s'ils vivent à Fisher Branch et qu'ils font une dépression. S'ils vont voir leur médecin et qu'ils souffrent d'une migraine ou du syndrome du côlon irritable, ou d'autre chose, le médecin pourrait relier ces maladies à une maladie mentale. C'est ce que vous appelez des troubles multiples, ou une dépression, ou peu importe.

Mme Boscoe : Il est également difficile de toujours se fier aux données sur l'utilisation des services de santé dans ce domaine puisque bon nombre de cliniciens ne facturent pas un patient de façon volontaire ou ne parlent pas de ces choses en raison des droits de la protection des renseignements personnels. À la haute direction, on n'a certainement pas eu l'occasion de parler du dossier de facturation électronique. Je n'arrive pas à croire qu'on devrait l'imaginer comme un dossier électronique robuste. On ne trouvera pas ce genre de renseignements, car les fournisseurs et le public ne veulent pas que la maladie mentale soit consignée dans le dossier médical.

The Deputy Chairman: Ms. Boscoe, I think it is possible, provided the patient owns the record, because they can build firewalls into their card. The patient should carry the medical record, they should own it, and it should be like their bankcard. They should release information that they choose to release.

I have been involved in this nightmare for 30 years, and the problem is that institutions, doctors, and so forth want to own the record when they have no right to own it; it belongs to the patient.

Ms. Boscoe: I have given up that battle, so I am glad you are still fighting.

The Deputy Chairman: I am going to have to thank you and move on.

Ms. Boscoe: Thank you very much for the opportunity to see you.

Ms. Barbara Chatelain, As an individual: I am a consumer of mental health services, thanks for allowing me to speak on behalf of people with mental illness. I am just going to read quickly what I have, it is very quick.

The Deputy Chairman: Do not rush. We will give you time.

Ms. Chatelain: I am here to propose two subjects that I believe would help people with mental illness get well and keep well. I myself have a mental illness with recovery well on its way. Having overcome struggle, some extreme, I feel I have a platform to speak from for our well-being, for this group of people. With no emotional support from my family, surviving a suicide attempt, a drinking problem, and a mother who died by her own hand when I was 11 years old, I have overcome. We are on the outside looking into society with fear on every side of us. Every effort that gets the person with mental illness out into that society is beneficial, perhaps crucial to their quality of life.

I have recently obtained a volunteer position at an art studio for artists with mental illness, as a receptionist. It is called Art Beat Studio. It is not funded at all by the government. This is the first job I have had in six years and I cannot get a bus pass to go to this job, which has potential for a paid position.

Proposal number one is that everyone in this type of disability gets a bus pass to help us get out into society. Sometimes just sitting on the bus amongst people helps the loneliness that can take our breath away.

The second proposal is for a crisis home like they have in England. This is where a normal family takes in a person with mental illness. The whole family receives a small amount of training to support and just share with the participant. The majority of people with mental illness do not have a supportive family, or because of generational illness, do not have a chance or a clue as how to be in our society.

Le vice-président : Madame Boscoe, je crois que c'est possible, si le dossier appartient au patient, car celui-ci peut installer des pare-feu sur sa carte. Le patient devrait porter le dossier médical, qui devrait lui appartenir et être utilisé comme la carte bancaire. Il devrait donner les renseignements qu'il choisit de donner.

Ça me poursuit depuis 30 ans, et le problème, c'est que les établissements, les médecins, et ainsi de suite, veulent détenir le dossier du patient alors qu'ils n'en ont pas le droit; il appartient à ce dernier.

Mme Boscoe : J'ai abandonné cette bataille, mais je suis heureuse de voir que vous lutez toujours.

Le vice-président : Je vais devoir vous remercier et poursuivre le débat.

Mme Boscoe : Merci beaucoup de m'avoir donné l'occasion de vous parler.

Mme Barbara Chatelain, témoignage à titre personnel : J'ai eu recours aux services en santé mentale; merci de me permettre de parler au nom de personnes qui vivent avec une maladie mentale. Je vais simplement vous lire rapidement ce que j'ai écrit, c'est très bref.

Le vice-président : Ne vous pressez pas. On va vous donner le temps dont vous avez besoin.

Mme Chatelain : Je suis ici pour vous proposer deux sujets qui, je crois, aideraient des personnes qui ont une maladie mentale à guérir et à rester en santé. J'ai moi-même une maladie mentale et je récupère bien. Étant donné que j'ai gagné cette bataille, qui était parfois extrême, j'ai l'impression que je peux parler de notre bien-être, au nom de ce groupe de personnes. Je n'ai reçu aucun soutien émotionnel de ma famille, j'ai survécu à une tentative de suicide, j'ai réglé mon problème d'alcoolisme et j'ai perdu ma mère, qui s'est suicidée quand j'avais 11 ans, mais je m'en suis sortie. À l'extérieur, on voit la société d'un œil craintif, peu importe où on regarde. Tous les efforts déployés pour réintégrer la personne qui a une maladie mentale à cette société sont bénéfiques, voire cruciaux pour sa qualité de vie.

Récemment, je suis devenue réceptionniste bénévole dans un studio d'art pour des artistes ayant une maladie mentale. C'est le Art Beat Studio. Il n'est pas du tout financé par le gouvernement. C'est le premier emploi que j'occupe en six ans, et je ne peux pas obtenir une carte d'autobus pour me rendre à cet endroit, où je pourrais peut-être obtenir un emploi rémunéré.

Je propose tout d'abord que toute personne ayant ce genre d'invalidité obtienne une carte d'autobus pour l'aider à réintégrer la société. Parfois, le seul fait d'être assis dans l'autobus avec d'autres personnes aide à éloigner la solitude.

La deuxième proposition que je fais concerne la création d'une maison pour régler des situations de crise, comme on en trouve en Angleterre. C'est-à-dire qu'une famille normale accueille une personne ayant une maladie mentale. Toute la famille reçoit une courte formation pour soutenir le participant et pour échanger simplement avec lui. La majorité des personnes ayant une maladie mentale n'ont pas de famille qui les soutienne ou, en raison d'une

Because of God, myself, classes, books, doctors, volunteers, and ongoing therapy, I have overcome a lot, but the crisis house and the bus pass would have sped this process up extremely.

People with mental illness, after they are on the other side of it, I call it "fighting the dragon," may make the greatest contribution because of the appreciation of just being able to finally work and socialize and contribute something to our society. Thank you.

The Deputy Chairman: Thank you very much for coming. You are very courageous. Thank you.

Ms. Chatelain: Thank you for listening.

Sister Johanna Jonker, as an individual: I am the social justice coordinator for the Archdiocese of Winnipeg. Last year I was promised major monies if I could find a project worth supporting. After a lot of research, I came to the conclusion, and I interviewed a lot of different CEO's or people running agencies, the major concern was the lack of support for people with mental illness. This is a very unprofessional assessment of the situation; I am a teacher by trade and spent 40 years in the classroom.

The people with mental illness are the main consumers at our soup kitchens. They are the main people at drop-in centres. The estimate in our prison system is that it varies between 40 per cent and 75 per cent, and some arrests are simply because they disturb, and there is no other help for them except to lock them up. One-half of our homeless people, and they estimate them to be 1,500, are people with mental illness.

There are few resources available to people with mental illness. I have received a fair number of calls since making it known that the diocese was interested in becoming involved in some way with mental illness. There are people who are suffering and families who are burnt-out because they do not know how to access, help. I mean, it is just a terrible situation for parents. They must have a referral to see a psychiatrist. As you know, family doctors are scarce in Manitoba and as a result, people with mental illness problems have even greater difficulty in seeing a psychiatrist.

There are other kinds of help available to people with mental illness but the Manitoba Health Commission does not cover them. Therefore, psychologists and counsellors are out of the purview of people with a mental illness.

maladie qui se transmet de génération en génération, elles n'ont pas l'occasion de se trouver dans notre société ou elles ne savent pas comment se comporter en société.

Grâce à Dieu, à moi-même, aux cours, aux livres, aux médecins, aux bénévoles et au traitement continu, j'ai surmonté beaucoup de choses, mais la maison pour régler des situations de crise et la carte d'autobus auraient grandement accéléré ce processus.

Les personnes ayant une maladie mentale, une fois qu'elles sont guéries, c'est ce que j'appelle « avoir combattu ses démons », peuvent apporter la plus grande contribution puisqu'elles apprécient le fait d'être capables de travailler, d'être en société et de contribuer à notre société. Merci.

Le vice-président : Merci beaucoup de votre présence. Vous êtes très courageuse. Merci.

Mme Chatelain : Merci de m'avoir écoutée.

Sœur Johanna Jonker, à titre personnel : Je suis la coordonnatrice de la justice sociale pour l'archevêché de Winnipeg. L'année dernière, on m'a promis plus d'argent si j'arrivais à trouver un projet qui méritait du soutien. Après avoir fait beaucoup de recherches, j'en suis venue à la conclusion que, et j'ai interviewé beaucoup de différents PDG responsables d'organismes, la principale préoccupation concernait le manque de soutien à l'égard des personnes ayant une maladie mentale. C'est une évaluation de la situation faite par un amateur; je suis enseignante de métier et j'ai passé 40 ans dans une salle de cours.

Les personnes ayant une maladie mentale sont les principaux clients de nos soupes populaires. Ce sont surtout elles qui viennent aux centres d'accueil. Dans notre système carcéral, on évalue que ces personnes comptent pour 40 à 75 p. 100 de la population, et quelques arrestations sont simplement dues au fait qu'elle troublaient la paix, et on ne peut les aider autrement qu'en les emprisonnant. La moitié de nos sans-abri, c'est-à-dire environ 1 500 personnes, ont une maladie mentale.

Il y a peu de ressources disponibles pour les personnes ayant une maladie mentale. J'ai reçu un nombre assez élevé d'appels depuis que j'ai fait savoir que le diocèse était intéressé à aider, d'une façon ou d'une autre, les personnes ayant une maladie mentale. Il y a des personnes qui souffrent et des familles qui sont épuisées parce qu'elles ne savent pas comment avoir accès aux services, comment obtenir de l'aide. Je veux dire, c'est une situation tout simplement terrible pour les parents. Ils doivent avoir une recommandation pour voir un psychiatre. Comme vous le savez, les médecins de famille sont rares au Manitoba, ce qui fait que les personnes ayant une maladie mentale ont encore plus de difficultés à consulter un psychiatre.

Il y a d'autres types d'aide accessible aux personnes ayant une maladie mentale, mais la Manitoba Health Commission ne les couvre pas. Par conséquent, les psychologues et les conseillers sont hors de portée des gens souffrant d'une maladie mentale.

There are no alternatives except the medical model, and the medical model is expensive. It often pushes drugs because that appears to be the easiest way to treat the illness. I have had young men tell me that they will not go to the doctor because all they get is drugs that do not solve the problem.

Existing successful programs are underfunded. We have one PACT program, Program for Assertive Community Treatment, and we have an early psychosis prevention and intervention service. Neither of these programs can take new patients because they are full and cannot receive more funding in order to expand their services.

Some people in the field believe that there are plenty of community resources available. That is not borne out by the patients or people with a mental illness or their families, otherwise I would not be getting all the calls I get.

There is the whole Privacy Act problem where parents are often excluded from discussions about mental illness because the young man or woman is over 18 years and has the right to say parents cannot be involved. However, they suffer from the lack of ability to make good choices. We must look at this problem.

There are those who are trying to come back from a mental illness. There is a real lack of training and opportunity for employment, part-time employment, any employment that they are capable of performing.

There is real stigma, and part of it is just unawareness, people do not know what mental illness means or what implications it has and, therefore, they are afraid to say, hey, look, I have schizophrenia. If I am saying weird things it is because that is the voice I hear up here. So you look at them and they are made fun of and so on.

In addition, because of their fear of disclosure, there is a real delay for timely and appropriate treatment. They do not get diagnosed. There is a real lack of an integrated information system. The CMHA puts out a guide for services for the mental health system. Do you know that that guide has over 200 phone numbers? Moreover, how would you, as a mentally ill person or a person under stress, feel if you had to find a number out of those 200 listen, or when you get an automated system and they say press one, press two, press three, and you just get to a stage where you say, I am not that sick.

The other issue is having a team approach and having family or an advocate involved in the treatment program. You know, they need someone to speak up for them. One of the situations in which I was involved was with a young man who was suicidal. I

Il n'y a pas d'autre choix, sauf en ce qui concerne le modèle médical, mais le modèle médical est onéreux. Dans le cadre de ce modèle, on prescrit souvent des médicaments parce que cela semble la façon la plus simple de traiter la maladie. J'ai rencontré des jeunes hommes qui m'ont dit qu'ils n'iraient pas voir le médecin parce qu'il ne fait que prescrire des médicaments qui ne règlent pas le problème.

Les programmes existants qui fonctionnent sont sous-financés. Nous avons le programme PACT, le Program for Assertive Community Treatment (Programme de réadaptation communautaire dynamique), et nous avons un service d'intervention et de prévention précoces des troubles psychotiques. Aucun de ces programmes ne peut accepter de nouveaux patients, puisqu'il n'y a plus de place, et aucun ne peut recevoir davantage de financement pour accroître ses services.

Quelques personnes dans le milieu croient qu'il y a beaucoup de ressources communautaires accessibles. Les patients ou les personnes ayant une maladie mentale ou leur famille ne sont pas d'accord avec ça, autrement, je ne recevrais pas tous ces appels.

Il y a tout le problème de la Loi sur la protection des renseignements personnels, c'est-à-dire que les parents n'ont souvent pas le droit d'entendre les discussions concernant la maladie mentale parce que le jeune homme ou la jeune femme a plus de 18 ans et a le droit de refuser d'en parler à ses parents. Toutefois, ces personnes ne sont pas en mesure de faire des choix appropriés. On doit examiner ce problème.

Il y a des personnes qui tentent de réintégrer la société à la suite d'une maladie mentale. Mais il y a de véritables lacunes concernant la formation et les emplois, les emplois à temps partiel, tout emploi qu'elles sont capables d'occuper.

Il y a de véritables stigmates, qui sont causés en partie par un manque de sensibilisation, les gens ne savent pas ce que signifie la maladie mentale ou ne connaissent pas ses répercussions; par conséquent, ils ont peur de dire : « Regardez, je suis schizophrène. Si je dis des choses étranges, c'est à cause de la voix que j'entends dans ma tête. » Alors, vous les observez d'un drôle d'œil, et on rit d'eux, et ainsi de suite.

De plus, en raison de leur crainte concernant la divulgation de renseignements personnels, cela prend vraiment du temps avant qu'elles puissent recevoir un traitement approprié et opportun. On n'émet pas de diagnostic sur leur cas. On remarque l'absence d'un système intégré d'informations. L'ACSM a rédigé un guide des services offerts par le système de soins de santé mentale. Saviez-vous que ce guide contient plus de 200 numéros de téléphone? De plus, si vous étiez une personne atteinte d'une maladie mentale ou une personne stressée, comment vous sentiriez-vous si vous deviez trouver un numéro parmi ces 200 numéros énumérés ou qu'un système automatisé vous répondait et que vous deviez appuyer sur le 1, sur le 2, sur le 3, et que vous en arriviez à vous dire que vous n'êtes pas si malade que ça.

L'autre enjeu consiste à adopter une approche d'équipe ou à avoir un membre de la famille ou un intervenant qui participe au programme de traitement. Vous savez, ces personnes ont besoin que quelqu'un parle en leur nom. Je vais vous parler d'une

brought him to the hospital and introduced myself, and the doctor was very unwilling to have me present at the interview. In the end, the doctor judged him not to be ill enough; he was not going to hurt himself or others. He was not a psychiatrist. He sent the young man home. I went with him and had him seen the following day, and he has been in the hospital now for two months.

One of the things that I thought was very interesting is that women access resources more easily than men do. My experience is the opposite. That is probably because I am a non-professional. People call me and tell me all kinds of things, but often finish the discussion when I ask them if they are getting some help. There is something about going to a psychiatrist, or a psychologist, or a counsellor that seems to affect people.

There is a saying that we can be judged by how we look after those who are the weakest in our society. I find it very worrisome, and I am glad that the church is now becoming involved because I think that we absolutely need to include these people in our society and in our churches because they have the right as human beings to be part of us.

Thank you. I am sorry that I am keeping you late, but I really did want the opportunity to say this.

The Deputy Chairman: We are all right, Sister. We will get there. Do not worry. Thank you very much.

Senator Pépin: It is very important because you are close; you work with them. I think that is very important.

Thank you for coming.

The committee adjourned.

situation que j'ai vécue avec un jeune homme qui voulait se suicider. Je l'ai emmené à l'hôpital et je me suis présentée, et le médecin ne voulait pas vraiment que je participe à l'entrevue. Au bout du compte, le médecin a jugé qu'il n'était pas assez malade, qu'il n'allait pas se blesser ou blesser d'autres personnes. Ce n'était pas un psychiatre. Il a dit au jeune homme d'aller chez lui. J'y suis allée avec lui et j'ai fait en sorte qu'il rencontre un psychiatre le lendemain, et il est à l'hôpital depuis maintenant deux mois.

L'une des choses auxquelles j'ai pensé et qui est vraiment intéressante, c'est que les femmes ont accès aux ressources beaucoup plus facilement que les hommes. J'ai vécu la situation inverse. C'est probablement parce que je ne suis pas une professionnelle. Les gens m'appellent et me disent toutes sortes de choses, mais ils coupent souvent court à la discussion lorsque je leur demande s'ils reçoivent de l'aide. Il y a quelque chose dans le fait de consulter un psychiatre, un psychologue ou un conseiller qui semble affecter les gens.

On dit qu'on peut être jugé d'après la façon dont on prend soin des plus faibles dans notre société. Je trouve ça très préoccupant et je suis heureuse du fait que l'Église aide maintenant ces personnes, car je crois qu'on doit absolument les intégrer à notre société et à nos églises puisqu'elles ont le droit, en tant qu'êtres humains, d'en faire partie.

Merci. Je suis désolée de vous faire rester si tard, mais je voulais vraiment profiter de l'occasion pour dire ce que j'avais à dire.

Le vice-président : C'est très bien, ma sœur. On va y arriver. Ne vous en faites pas. Merci beaucoup.

Le sénateur Pépin : C'est très important parce que vous êtes près de ces personnes; vous travaillez auprès d'elles. Je crois que c'est très important.

Merci d'être venue.

La séance est levée.

Wednesday, May 31, 2005 (afternoon session)

Assembly of Manitoba Chiefs:

Christina Keeper, Suicide Prevention Envisioning Team;
Jason Whitford, Coordinator, Youth Council;
Amanda Meawasige, Youth Council;
Kathleen MacKay, Youth Council;
Ron Evans, Chief of Norway House Cree Nation;
Norman Bone, Chief of Keeseekoowenin First Nation;
Gwen Wasicuna, Community Wellness Worker.

Wednesday, June 1, 2005 (morning session)

As an individual:

Donna Huffman.

Mental Health Services for Children, Youth & Families:

Margaret Synyshyn, Program Director.

Assembly of Manitoba Chiefs:

Irene Linklater, Research Director, Research & Policy Development Unit.

Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba:

Dr. Javier Mignone, Research Associate.

Wednesday, June 1, 2005 (afternoon session)

Canadian Agriculture Safety Association:

Marcel Hacault, Executive Director;
Janet Smith, Manager of the Manitoba Farm and Rural Stress Line;
Kim Moffat, Councillor, Manitoba Farm and Rural Stress Line;

Mental Health Programs of the Brandon Regional Health Authority:

Albert Hajes, Regional Coordinator, Mental Health Programs.

Brent White, Program Manager, Residential and Support Services;

Elaine Morris, Project Mental Health Worker, Children's Medication Follow-Up Project, Brandon Mental Health Programs and Brandon School Division.

Manitoba Centre for Health Policy:

Randy Fransoo, Researcher.

Institute of Gender and Health:

Madeline Boscoe.

Laurel Centre:

Deborah Palmer, Clinical Director.

Workshops:

Sister Johanna Jonker;
Barbara Chatelain.

Le mardi 31 mai 2005 (séance de l'après-midi)

Assemblée des chefs du Manitoba :

Christina Keeper, Équipe de prévention du suicide;
Jason Whitford, coordonnateur, Conseil de la jeunesse;
Amanda Meawasige, Conseil de la jeunesse;
Kathleen MacKay, Conseil de la jeunesse;
Ron Evans, chef de la nation crie de Norway House;
Norman Bone, chef de la Première nation Keeseekoowenin;
Gwen Wasicuna, travailleuse spécialisée dans le mieux-être communautaire.

Le mercredi 1^{er} juin 2005 (séance du matin)

À titre personnel:

Donna Huffman.

Services de santé mentale pour les enfants, la jeunesse et la famille :

Margaret Synyshyn, directrice de programme.

Assemblée des chefs du Manitoba :

Irene Linklater, directrice de recherche, Unité de recherche et d'élaboration des politiques.

Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université du Manitoba :

Le docteur Javier Mignone, associé de recherche.

Le mercredi 1^{er} juin 2005 (séance de l'après-midi)

Association canadienne de sécurité agricole :

Marcel Hacault, directeur exécutif;
Janet Smith, gestionnaire, Manitoba Farm and Rural Stress Line;
Kim Moffat, conseillère, Manitoba Farm and Rural Stress Line.

Programmes de soins en santé mentale de l'Office régional de la santé de Brandon :

Albert Hajes, coordonnateur régional, Programmes de santé mentale;

Brent White, gestionnaire de programme, Services en résidentiels et de soutien;

Elaine Morris, travailleuse spécialisée en santé mentale, Projet de suivi sur la médication des enfants, Programme de santé mentale de Brandon et de la division scolaire de Brandon.

Centre d'élaboration de la politique des soins de santé du Manitoba :

Randy Fransoo, chercheur.

Institut de la santé des femmes et des hommes :

Madeline Boscoe.

Centre Laurel :

Deborah Palmer, directrice clinique.

Tribune ouverte :

Soeur Johanna Jonker;
Barbara Chatelain.



If undelivered, return **COVER ONLY** to:
Public Works and Government Services Canada –
Publishing and Depository Services
Ottawa, Ontario K1A 0S5

En cas de non-livraison,
retourner cette **COUVERTURE SEULEMENT** à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada –
Les Éditions et Services de dépôt
Ottawa (Ontario) K1A 0S5

WITNESSES

Tuesday, May 31, 2005 (morning session)

Alliance for Mental Illness and Mental Health in Manitoba:

Carol Hiscock, Member.

College of Registered Psychiatric Nurses of Manitoba:

Dawn Bollman, President;

Annette Osted, Executive Director.

Addictions Foundation of Manitoba:

John Borody, Chief Executive Officer;

Jim Robertson, Chairman of the Board.

Partnership for Consumer Empowerment:

Jason Turcotte, Canadian mental Health Association office in
Portage la Prairie.

As an individual:

Roman Marshall, Consumer, Counsellor.

Well-Connected:

Heather Dowling;

Ruth Minaker, chairperson.

(Continued on previous page)

TÉMOINS

Le mardi 31 mai 2005 (séance du matin)

Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale au Manitoba:

Carol Hiscock, membre.

*Collège des infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du
Manitoba :*

Dawn Bollman, présidente;

Annette Osted, directrice exécutive.

Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances :

John Borody, chef de la direction;

Jim Robertson, président, président du conseil
d'administration.

Partnership for Consumer Empowerment :

Jason Turcotte, Bureau de l'Association canadienne de la santé
mentale à Portage-la-Prairie.

À titre personnel :

Roman Marshall, bénéficiaire, conseiller.

Well-Connected :

Heather Dowling,

Ruth Minaker, présidente.

(Suite à la page précédente)

